

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1953-1954 — N° 172

LA GREFFE DERMO-EPIDERMIQUE

A propos de 200 «razor-grafts»

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 JUILLET 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GATÉ ANDRÉ

Interne des Hôpitaux de Lyon
Diplômé de Médecine du Travail

Né le 3 Juillet 1924 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1954

GATÉ (André)

La greffe dermo-épidermique. A
propos de 200 « razor-gafts ».

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 160 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 172)

GATÉ (André)

La greffe dermo-épidermique. A
propos de 200 « razor-gafts ».

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 160 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 172)

GATÉ (André)

La greffe dermo-épidermique. A
propos de 200 « razor-gafts ».

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 160 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 172)

GATÉ (André)

La greffe dermo-épidermique. A
propos de 200 « razor-gafts ».

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 160 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 172)

LA GREFFE DERMO-ÉPIDERMIQUE

A PROPOS DE 200 "RAZOR-GRAFTS"

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....
Doyen.....
Assesseur.....

MM. J. LEPINE
HERMANN
GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAYRE,
LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIGAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....	MM. FROMENT
Clinique médicale B.....	P. RAYAUSSANT
Clinique chirurgicale A.....	SANTY
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique.....	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	X.....
Clinique urologique.....	GIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	DUFOUT
Clinique dermatologique et syphiligraphie.....	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.....	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GUILLEMINET
Clinique gynécologique.....	POLLOSSON
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PIGAUD
Clinique stomatologique.....	DUCLOS
Clinique médicale infantile et Hygiène premier âge.....	BERNHAIM
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER
Physiologie.....	HERMANN
Anatomie pathologique.....	J.-F. MARTIN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS dét. à Beyrouth
Médecine du Travail.....	MAZEL
Parasitologie et Pathologie exotique.....	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale.....	JOSSEMAN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	DELORE
Anatomie.....	GABRIELLE
Pathologie interne.....	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME
Pathologie chirurgicale.....	MALLET-GUY
Histologie.....	NOEL
Pharmacie galénique et matière médicale.....	REVOL
Médecine légale et déontologie.....	BOURRET
Thérapeutique.....	LEVYRAT
Hygiène.....	SOHIER
Biologie médicale.....	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale.....	BERTRAND
Botanique et cryptogamie.....	NETIEN
Pharmacie analytique pharmaceutique.....	BADINAND

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.....	MM. BANSSILLON
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREYON
Physique biologique.....	BERGER

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Parasitologie.....	MM. COUDERT	Bactériologie.....	MM. A. BERTOYE
Parasitologie.....	ROMAN	Physiologie.....	CHATONNET
Histologie.....	TUSQUES	Physiologie.....	CIER
		Biochimie médicale.....	R. CREYSSSEL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM. BRUN	Obstétrique.....	MM. BROCHIER
Pathologie médicale.....	M. GIRARD	Obstétrique.....	MAGNIN
Pathologie médicale.....	P. GIRARD		MATHIEU
Pathologie médicale.....	JEUNE	Anatomie pathologique.....	A. GUICHARD
Pathologie médicale.....	VACHON	Anatomie.....	M. LATARJET
Pathologie médicale.....	GALY	Neuro-chirurgie.....	LECUIRE
Pathologie médicale.....	GONIN	Oto-rhino-laryngologie.....	MAYOUX
Pathologie chirurgicale.....	BERARD	Ophtalmologie.....	PAUFIQUE
Pathologie chirurgicale.....	DARGENT	Urologie.....	PERRIN
Pathologie chirurgicale.....	DESJACQUES	Dermato-syphiligraphie.....	THIERS
Pathologie chirurgicale.....	LABRY	Médecine légale.....	ROCHE
Pathologie chirurgicale.....	MANSUY		
Pathologie chirurgicale.....	A. TRILLAT		
Pathologie chirurgicale.....	GUILLET		
Orthopédie.....	J. MARION		

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Hygiène..... BENAZET

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. GUILLEMINET, Président ; J. CREYSSSEL, J. MARION, J. DUCLOS, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1953-1954 — N° 172

LA GREFFE DERMO-EPIDERMIQUE

A propos de 200 «razor-grafts»

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 JUILLET 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GATÉ ANDRÉ

Interne des Hôpitaux de Lyon
Diplômé de Médecine du Travail

Né le 3 Juillet 1924 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1954



A MA MÈRE

A MON PÈRE

Le Professeur J. GATÉ

A MA FEMME

Le Docteur S. GATÉ

A MON FILS

A MON BEAU-FRÈRE

Le Docteur J. DUVERNE

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MON PARRAIN

Le Professeur J. NICOLAS

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur M. GUILLEMINET

Ayant eu le grand honneur de travailler auprès de lui, nous avons admiré la maîtrise chirurgicale et la très grande distinction de ce maître, dont nous sommes très fier de nous déclarer l'élève et très désireux de le demeurer; nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir bien voulu présider notre jury de thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé J. CREYSSEL

Nous ne saurions oublier l'accueil qu'il a bien voulu nous réserver dans son service, où, grâce à une bienveillance, dont nous avons apprécié tout le prix, nous avons pu continuer à travailler dans la discipline chirurgicale que nous avons choisie. Qu'il trouve ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance et l'assurance de notre entier dévouement.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé J. MARION

A un moment où notre orientation venait à peine de s'affirmer, il a bien voulu s'intéresser à nous, nous conseiller et nous guider dans les premières années de notre internat. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant et nous l'assurons de notre respectueux attachement.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur J. DUCLOS

Dans une discipline voisine de celle à laquelle nous nous sommes attaché, il nous a fait profiter de son enseignement, dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, à laquelle il a su apporter en même temps qu'une magistrale technique, un sens artistique particulièrement averti. Nous lui adressons nos très sincères remerciements et l'assurance de notre respect.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé LAGROT

Chirurgien des Hôpitaux d'Alger

Nous tenons à rappeler l'influence décisive qu'a eue pour notre orientation, vers une discipline où il est un maître incontesté, l'enseignement que M. le Professeur Lagrot a bien voulu nous dispenser, au cours des quelques mois passés dans son service. Nous le prions de trouver ici notre respectueuse et très profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur A.B. WALLACE

M.Sc., F.R.C.S. Ed.

Pendant notre séjour à Edimbourg, dans son service de Bangour Hospital, il nous a permis de compléter notre formation dans la chirurgie plastique. Les mois passés auprès de lui, dans la très agréable hospitalité de l'Ecosse, resteront pour nous un grand souvenir et nous l'en remercions très sincèrement.

A Monsieur le Professeur P. BERTRAND

■ Il est des heures où, avant de décider la voie à suivre, on souhaite des directives et un appui moral. C'est auprès de ce maître que nous les avons trouvés : qu'il soit assuré de notre très grande reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur C. FREYDEL

Stomatologiste des Hôpitaux

Nous avons trouvé, auprès de lui, une direction technique et des conseils éclairés, dont nous avons apprécié, en même temps que la valeur, la très bienveillante cordialité. Nous lui exprimons notre fidèle reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Docteur GARDÈRE
Monsieur le Professeur Agrégé LABRY
Monsieur le Professeur ROCHET
Monsieur le Professeur Agrégé CREYSSEL
Monsieur le Professeur TRILLAT
Monsieur le Professeur PIGEAUD
Monsieur le Professeur FROMENT

Internat :

Monsieur le Docteur GUINET
Monsieur le Professeur Agrégé MARION
Monsieur le Professeur GATÉ
Monsieur le Professeur GUILLEMINET (2 semestres)
Monsieur le Professeur DUCLOS
Monsieur le Professeur Agrégé CREYSSEL

AUX MAITRES QUI NOUS ONT PERMIS DE TRAVAILLER DANS LEUR SERVICE

MM. les Professeurs BERTRAND, POLLOSSON
et REBATTU

MM. les Professeurs Agrégés CLAVEL, MATTHIEU,
MAYOUX, PAUFIQUE, PEYCELON

A NOS CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur FAVRE-GILLY

Monsieur le Docteur J. GAILLARD

A NOS CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

Monsieur le Docteur M. DEVIC

Monsieur le Docteur SAUBIER

Monsieur le Docteur GILBERTAS

A NOTRE CONFÉRENCIER DE CHIRURGICAT

Monsieur le Docteur FRANCILLON

En outre de l'enseignement si clair et si précis, que nous avons reçu pendant les trois années où il a bien voulu nous accueillir dans sa conférence, nous avons trouvé, auprès de ce maître, un constant et bienveillant appui dans le domaine de la chirurgie réparatrice, auquel il s'intéresse, et où il a bien voulu nous permettre de collaborer. Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. COUDERT

A Messieurs les Docteurs H. LAFON et J.-P. REBATTU

Avec tous nos remerciements pour leur cordiale collaboration et en témoignage de notre amitié.

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

A NOS AMIS

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS
HISTO-PHYSIOLOGIE DE LA GREFFE

INTRODUCTION

Depuis 1951, date à laquelle nous avons appris dans le service du Professeur F. Lagrot, à Alger, la technique de la greffe dermo-épidermique en vastes lambeaux, qu'il a mise au point à la suite d'une longue expérience et dont il a été le premier à faire connaître, en France, les nombreuses possibilités, nous avons tenté, de notre côté, d'appliquer cette technique, au cours de nos différents semestres d'Internat.

En 1952, nous avons fait un second voyage d'études à Edimbourg, dans le service de chirurgie plastique du Dr A.B. Wallace, qui s'est fait notamment, en Angleterre, depuis de nombreuses années, le champion du traitement des brûlés par l'exposition à l'air. Ses techniques variées de manipulation et d'utilisation de la greffe dermo-épidermique nous ont permis d'établir des comparaisons et de nous faire une opinion personnelle, précisée encore par nos essais ultérieurs.

Nous avons pu, au cours de cinq semestres d'Internat, pratiquer quelque 200 greffes dermo-épidermiques en vastes lambeaux, dont 25 itératives pour échec ou récurrence.

Nous n'avons pas utilisé systématiquement la greffe dermo-épidermique dans toutes nos pertes de substance, mais nous en avons, au contraire, discuté chaque fois l'indication, lui préférant souvent une suture ou une plastie, abandonnant parfois une perte de substance de petite étendue à la cicatrisation spontanée.

Après une étude générale de la biologie, des techniques et des indications de la greffe de peau, nous exposerons brièvement nos observations, utilisant pour celles-ci une classification étiologique.

DÉFINITIONS

RAPPEL HISTORIQUE

DÉFINITIONS

La greffe cutanée est la transplantation d'un fragment de peau, totalement détaché de sa zone donneuse, sur une zone cruentée, en un point quelconque du corps.

On distingue classiquement :

L'auto-greffe,

greffe de la peau du sujet donneur, sur lui-même.

L'homo-greffe,

greffe de la peau du sujet donneur, sur un autre individu de la même espèce.

L'hétéro-greffe,

greffe de la peau du sujet donneur sur un individu d'espèce différente (animal sur homme).

La greffe utilise donc des lambeaux cutanés libres. Elle s'oppose, en cela, aux différentes plasties qui, elles, s'adressent à des lambeaux pédiculés.

RAPPEL HISTORIQUE

La première greffe de peau fut pratiquée par Reverdin (1869); il s'agissait de petits îlots épidermiques ou tout au moins très minces de 1 millimètre carré.

Mais Ollier (1872) fut le véritable précurseur des méthodes actuelles de prélèvement et d'utilisation de la greffe dermo-épidermique en vastes lambeaux.

Il s'agissait de greffons très minces et larges (4 à 10 cm²) dont il recouvrait toute la surface de la plaie.

Wolfe (1875) décrit la technique des grands lambeaux cutanés d'épaisseur totale.

Davis enfin (1914) introduit un nouveau type de greffe cutanée en prélevant une pastille dermo-épidermique, épaisse et riche d'éléments glandulaires cutanés en son centre et mince à la périphérie. Cette technique a eu un gros succès par sa facilité de prélèvement et son pourcentage élevé de prise, sur des terrains défavorables. Elle fut pratiquement la dernière en date avant l'avènement des techniques modernes et a rendu de grands services en son temps.

La pratique de la greffe dermo-épidermique fit ensuite d'énormes progrès le jour où l'on put tailler de grands lambeaux d'épaisseur voulue et surtout uniforme.

Le dermatome de Padgett, les rasoirs réglables dont le premier en France fut celui de Lagrot, remplirent ces conditions. Enfin, les dermatomes électriques représentent actuellement le dernier pas de la technique de prélèvement des greffes.

Depuis Ollier, il s'est donc produit une série de révolutions techniques qui ont fait de son procédé un geste courant de la chirurgie moderne. 91

Les antibiotiques, la préparation du terrain humoral, ont permis de le réaliser en toute sécurité, avec des chances de succès presque constant.

CLASSIFICATION DES GREFFES CUTANÉES

Il faut distinguer : les greffes à petits fragments, les greffes en vastes lambeaux et les greffes de peau totale.

— Greffes à petits fragments.

a) Théoriquement épidermique pure : greffe de Reverdin.

a) D'épaisseur mixte (épaisse au centre, mince à la périphérie): greffe de Davis. Nous avons assez souvent utilisé cette dernière, mais, surtout, à titre de complément. Nous ne la faisons pas rentrer dans notre étude.

— **"Razor-grafts"** (greffes dermo-épidermiques en vastes lambeaux) *.

Ce sont celles qui font l'objet de cette thèse.

Padgett classe ces dernières en trois grandes catégories.

a) La G.D.E. mince ou greffe d'Ollier-Thiersch (0 mm. 2 à 0 mm. 25) qui comprend tout l'épiderme et le sommet des papilles dermiques.

b) La G.D.E. semi-épaisse ou intermedio-superficielle, en pelure, de Blair (0 mm. 3 à 0 mm. 5) qui enlève 1/3 à 2/3 de la peau totale, le derme étant compris au niveau du corps papillaire.

c) La G.D.E. épaisse ou intermedio-profonde de Padgett (0 mm. 6 à 0 mm. 75), encore appelée greffe « 3/4 de peau ». Elle enlève 75 à 95 % de la peau totale, donc presque tout le derme.

— Greffes de peau totale ou greffes de Wolf-Krause.

Elles comprennent 95 à 100 % de la peau totale. Elles sont à rapprocher de la greffe « 3/4 de peau » ; la différence réside

* Nous emploierons dorénavant l'abréviation G.D.E.

dans le fait que ces dernières laissent au niveau du lieu de prélèvement quelques éléments sébacés, pileux ou sudoripares, capables d'opérer une cicatrisation spontanée. La greffe de peau totale, au contraire, ne laisse rien subsister en tant qu'éléments nobles de la peau, mais elle n'emporte pas pour autant un seul fragment de graisse, ce qui la différencie, sur le chapitre de l'épaisseur, du lambeau cutanéograisieux.

Nous l'avons rarement employée, si ce n'est pour couvrir des surfaces très petites, à la face notamment. Elle ne rentre pas dans notre statistique.

En général, le greffon « prendra » d'autant mieux qu'il sera plus mince, même sur une surface réceptrice douteuse, telle que bourgeons sales légèrement infectés, plaies torpides, chroniques, à sous-sol scléreux, ou cavités septiques. La cicatrisation du lieu de prélèvement est, également, plus rapide. Par contre, il aura un moins bon résultat esthétique et fonctionnel, donnant une surface chagrinée, rétractile, adhérente et desquamant facilement. On le choisit surtout pour combler des pertes de substance très étendues, peu saines, ou, à titre provisoire, avant une intervention plastique secondaire. Ses inconvénients le font rejeter quand il s'agit de préserver un aspect plus esthétique ou de couvrir une zone de pression.

Au contraire, un greffon épais aura moins de chance de prise, mais assurera un recouvrement souple, de coloration et pilosité normales et résistant davantage aux traumatismes et aux pressions. La desquamation et la rétraction sont moins importantes. Ses avantages le font choisir pour combler des pertes de substance au niveau du visage ou des points de pression (lorsqu'une plastie n'est pas envisagée) mais on le rejette dans tous les cas où la prise est aléatoire. Quant au greffon de peau totale, s'il donne un très bon résultat esthétique, il prend très difficilement et ne peut être utilisé que pour de toutes petites pertes de substance.

HISTO-PHYSIOLOGIE DES GREFFES CUTANÉES

HISTOLOGIE

Le greffon cutané que l'on place sur sa zone réceptrice présente une évolution histologique particulière. Deux ordres de phénomènes sont observés (Padgett) :

Phénomènes de revascularisation.

Le greffon adhère tout d'abord à son lit, en quelques heures, par un exsudat de fibrine.

Dans une première phase, le greffon se nourrit par imbibition plasmatique (24 à 48 heures) qui préserve, temporairement, sa vitalité. Bientôt, l'endothélium des vaisseaux sanguins du lit récepteur envoie des bourgeons vers le greffon, puis, à l'intérieur de celui-ci, quelques-uns des bourgeons endothéliaux semblent se connecter avec les espaces endothéliaux du greffon ; quant aux espaces endothéliaux du greffon qui ne se relient pas aux ramifications venues du lit récepteur, ils sont le siège de dégénérescence.

La période de vascularisation commence à la dix-huitième heure, puis progresse et l'on peut trouver des vaisseaux, dans un greffon dermo-épidermique, au deuxième jour. Il semble que ces vaisseaux assurent leur fonction dès le troisième jour.

Du quatrième au cinquième jour, la couche de fibrine commence à être infiltrée de fibroblastes qui pénètrent ensuite dans le greffon et s'unissent aux éléments fibroblastiques de ce dernier.

Au huitième jour, l'apport sanguin est presque total et le greffon présente une couleur rosée.

Au dixième jour, l'adhérence fibroblastique est totale et confère au greffon une fixation solide. En contre-partie, ce tissu fibro-scléreux est responsable de la rétraction secondaire du greffon.

Phénomènes de dégénérescence.

En face de ces modifications de prolifération, se développent des modifications de dégénérescence.

Les couches les plus superficielles de l'épiderme présentent un certain degré de desquamation qui serait en fonction de la vitesse de revascularisation du greffon.

Dans les couches moyennes du greffon, on note des modifications dégénératives dans les fibroblastes et les fibres élastiques, ainsi qu'une considérable infiltration leucocytaire, qui paraissent dépendre, également, de la vitesse de revascularisation. Quelques fibroblastes semblent rester vivants et, bien vite, les phénomènes de régénération surpassent les modifications de dégénérescence. Les fibres élastiques dégénérées sont remplacées par du tissu fibreux qui semble dériver du tissu fibreux du greffon.

Au bout d'un an à un an et demi, la régénération des fibres élastiques apparaît, mais d'une manière désordonnée et incomplète.

Les glandes sudoripares et les follicules pileux sont le siège des mêmes modifications de dégénérescence suivies de régénération.

La graisse, enfin, fait son apparition au bout de deux à trois mois, sous le greffon, et la couche de tissu fibreux diminue en profondeur. Les fibroblastes s'allongent, tandis que la peau devient graduellement mobile et plissable sur sa base.

Quant aux rameaux nerveux, il n'a jamais été fait à leur sujet d'étude histologique précise. Mais c'est un fait clinique certain que le greffon récupère une sensibilité presque normale, au bout de quelques mois.

Gilman Th. et ses collaborateurs ont récemment étudié les réactions des plaies et des tissus de granulation en face des G.D.E. et des greffes de derme. Leurs conclusions sont les suivantes, basées sur de très nombreuses biopsies :

— Même longtemps après un prélèvement de G.D.E., la structure cutanée de cette zone n'est pas normale. L'épithélium, développé au dépens des formations profondes du derme, forme,

sous l'épithélium de recouvrement, des kystes enchassés dans le derme.

L'aspect général de la peau est plus celui d'une cicatrice que celui d'une peau normale.

— Lorsque l'on place une G.D.E. sur un tissu de granulation, le tissu granuleux se transforme en un tissu fibreux d'autant plus dense, que le greffon intéresse une couche plus superficielle.

— Les greffes dermiques ne déterminent pas de réaction de défense de la part de la zone réceptrice, et, qu'elles soient auto ou homogreffes, elles sont envahies par le tissu conjonctif et les vaisseaux de la zone receveuse. Elles sont recouvertes, ensuite, par l'épiderme de voisinage, qu'elles stimulent, en même temps qu'elles freinent le processus conjonctif de granulation.

Les homogreffes semblent stimuler encore davantage cette épidermisation centripète.

Cette étude histologique jette de nouvelles bases dans la recherche du problème des homogreffes.

CONSERVATION ET VITALITÉ DES GREFFONS

De nombreuses expériences ont été faites, tant au laboratoire qu'en clinique, pour conserver des greffons, avec le maximum de chances de prise ultérieure : sérum isotonique, congélation, hyophilisation, etc...

En pratique, lorsqu'en fin d'intervention, il reste des tombées de peau, nous les roulons dans une gaze vaselinée et les conservons au frigidaire (4°), dans un flacon stérile, hermétiquement bouché. Il y a intérêt à arroser le greffon de pénicilline. Ce fragment conservé peut être utilisé, pendant 10 à 15 jours, avec une vitalité, certes, diminuée, mais encore suffisante pour recouvrir une plaie bien préparée.

LE PROBLÈME DES HOMOGREFFES

La transplantation d'un greffon cutané d'un individu à un autre individu, de la même espèce, a fait l'objet de recherches considérables. On n'a pas encore découvert le « mystère » de leur échec.

Il s'agit, en vérité, d'un échec partiel : l'homogreffe « prend » aussi bien et aussi vite que l'autogreffe. Elle présente alors les mêmes modifications d'aspect, la même évolution jusqu'au quarantième jour environ, où se produit alors un retournement de la situation.

Le greffon s'ulcère peu à peu, « fond » littéralement et laisse place à une surface granuleuse totalement découverte. Une seule exception à ce devenir : le cas des jumeaux univitellins, chez qui l'homogreffe se comporte comme une véritable autogreffe.

Certains succès apparents ont pu être signalés. Il faut, en fait, se montrer à leur sujet très sévères, car il est extrêmement difficile, en l'absence de documents anatomo-pathologiques indiscutables, de faire la part exacte qui revient, soit à la persistance ou à la régénération d'épithélium autochtone, à partir des cryptes profondes, des follicules pileux et des glandes sébacées enfoncés sous l'exubérance des granulations, soit à une véritable survie de l'homogreffe. L'indication d'homogreffes se rencontrant presque toujours chez les grands brûlés, il est justement impossible, dans ces cas, de faire cette discrimination.

Quelles sont les causes de l'impuissance des homogreffes à subsister au delà du quarantième jour ?

Race, sexe, groupe sanguin n'ont aucune influence sur la survie. Aucune réaction locale ou générale n'accompagne l'élimination du greffon. Il s'agit d'une cause ni infectieuse, ni vasculaire, ou trophique, ni surtout anaphylactique.

Une seule hypothèse (Medawar) reste à retenir : il s'agirait d'une réaction d'immunité ; la période initiale de survie du greffon constituerait la phase de latence immunologique. L'homogreffe provoque, puis finit par subir, le contrecoup de cette immunité acquise qui entraîne finalement son élimination.

Cela semble confirmé par les homogreffes itératives d'un même donneur qui paraissent provoquer une réaction d'immunité accélérée avec chute de plus en plus rapide du greffon. D'autres homogreffes, à partir de donneurs nouveaux, prennent aussi bien que la greffe initiale. Il faut aussi compter avec la masse du greffon qui, plus petit, restera plus longtemps, avant d'être éliminé.

Personnellement, nous avons, à partir de cette hypothèse, pratiqué sur le cobaye, des expériences d'homogreffes croisées, mais sans aucun résultat.

Une solution à ce problème ne pourra être approchée que par la confrontation rigoureuse de multiples observations cliniques et expérimentales. Blair a proposé un tableau guide que chaque expérimentateur devrait respecter pour ne pas laisser perdre des observations précieuses et pour avoir un programme d'étude uniforme.

DEUXIÈME PARTIE

TECHNIQUE



TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT

— Sont éliminées : les "pinch-graft" (Davis)
et les greffes de peau totale.

— Pour ce qui est du prélèvement des greffes en vastes lambeaux, un opérateur très entraîné peut se contenter d'un couteau de Blair, un aide tendant la peau de part et d'autres du couteau. Mais, en plus de sa difficulté de prélèvement, le greffon est irrégulier en largeur, en épaisseur et l'appréciation de la profondeur est difficile. Cet instrument peut suffire quand il s'agit de greffes en timbres-poste ou en longues bandelettes destinées à ne couvrir que partiellement une très large étendue à greffer.

— Un perfectionnement très important à été apporté au couteau de Blair par les rasoirs réglables. (En France, celui de Lagrot et ses dérivés : Fourrier, Dufourmentel, Gosset, etc...) Il permet, à l'aide d'une règlette mobilisable par une vis micrométrique, de tailler un greffon d'épaisseur désirée de 2/10 de millimètre jusqu'à la greffe de peau totale. La largeur est pratiquement celle de l'aire de prélèvement, (10 à 15 cm.). Le rasoir est promené avec des mouvements de va-et-vient sur la surface cutanée tendue entre deux planchettes (face interne de la cuisse le plus souvent, mais aussi face postérieure ou externe du membre inférieur ou surface antérieure du membre supérieur. On peut aussi prélever dans le dos, sur les fesses, sur l'abdomen en refoulant la masse abdominale d'un côté et sur le thorax, en comblant les dépressions par des injections de sérum novocaïné). La longueur peut aller jusqu'à 80 centimètres, de la région lombaire au cou-de-pied.

Récemment, l'adjonction d'une lame interchangeable a rendu encore plus grandes ses possibilités.

— Un instrument plus compliqué et qui a marqué, chez les Anglo-Saxons surtout, une évolution dans la pratique des greffes, est le dermatome de Padgett, dont sont dérivés de nombreux autres dermatomes à tambour tel que celui de Reese. Les avantages de cet instrument résident dans la possibilité, pour un opérateur peu entraîné, de prélever des lambeaux égaux en largeur et en épaisseur, de prélever également, à l'aide d'un artifice, des lambeaux de forme voulue ; mais il s'agit d'un instrument délicat, facilement déréglable, nécessitant surtout, soit une couche de colle adhérente, soit un dermatape (dermatome de Reese) ; d'autre part, il est difficile de prélever un lambeau mince. Enfin, lorsqu'on désire prélever plusieurs lambeaux, au cours d'une même séance opératoire, cela oblige à des manipulations répétées et expose à des fautes d'asepsie.

— Enfin, plus récemment, des dermatomes électriques ont fait leur apparition : le dermatome de Brown, dont dérive, en France, celui de Gosset. Les avantages de ceux-ci sont de permettre à un opérateur, non entraîné à la pratique des greffes, de prélever facilement des lambeaux d'épaisseur désirable, sur une longueur illimitée, mais dont la largeur n'est pas toujours suffisante. Cet instrument n'exige pas de colle mais demande une manipulation délicate. Les lames, interchangeables, permettent une utilisation indéfinie.

— L'asepsie de ces différents instruments se fait, pour les couteaux, rasoirs et dermatomes, dans un mélange éther-alcool, et, pour les dermatomes électriques, aux vapeurs de formol.

POSE ET FIXATION DES GREFFONS

De multiples procédés ont été décrits, nous ne citerons que les principaux.

1. Simple pose sur la plaie.

a) avec exposition à l'air libre, à l'aide d'une cage transparente (gaze ou matière plastique), ce qui permet de surveiller la greffe pendant les premiers jours, de vider les hématomes et de prévenir l'infection ; mais ce procédé a pour inconvénient de ne pas réaliser la compression indispensable à une bonne prise, non plus que l'immobilisation, et d'être inapplicable dans de nombreuses zones du corps.

b) avec pose d'un pansement compressif. La fixation est, dans ce cas, très précaire et le greffon exposé aux glissements.

c) on peut interposer entre le greffon et son lit une couche de colle à base de fibrine. Mais il n'est pas sûr qu'une telle interposition n'agisse pas comme corps étranger.

2. Compression à l'aide d'un moule.

a) moule en tulle gras, plus coton.

Avantage : absorbe les sérosités.

Inconvénient : compression très imparfaite.

b) plâtre immédiatement appliqué sur la greffe (Zéno), difficilement réalisable, aseptie incertaine.

c) moule en éponge ou coussinet de caoutchouc mousse, compression inégale, intolérance possible.

d) moule en stent. Compression trop rigide, traumatisante.

e) moule en gaze vaselinée, suivant la technique de Lagrot. Permet une compression douce et absolument égale en tous points. L'adjonction de paraffine n'est pas souhaitable, car elle

forme une pâte non homogène, se fragmentant en gouttes de bougie. On peut doubler le greffon à l'aide de certains matériaux type nylon, cellophane. Le dermatape collant, utilisé avec le dermatome de Reese en est un exemple. Quant à nous, une simple épaisseur de gaze vaselinée nous a toujours fourni un support souple et facile à manipuler.

3. Faut-il coudre la greffe ?

a) greffe cousue bords à bords.

Avantage : affrontement parfait de la greffe et des bords de la plaie mais exécution longue et formation de multiples petites zones de sphacèle au niveau des points.

b) greffe non cousue.

Affrontement difficile, à moins d'avoir un greffon dépassant largement les bords de la plaie, mais pose facile et rapide.

c) la solution idéale est de placer la greffe débordant la plaie sur celle-ci, sans la coudre, mais de fixer le moule sur la greffe à l'aide de points d'attache à distance. C'est la technique réalisée par Lagrot avec son moule vaseliné cousu. Cette technique est applicable dans tous les cas, encore qu'une certaine préférence puisse être accordée à la greffe cousue au niveau de la face.

Personnellement, nous avons parfois utilisé la suture simple sur des surfaces très convexes. Nous nous sommes servi aussi de la suture bords à bords avec compression par moule de coton attaché par un point sur deux de la suture. D'autres fois encore (dans les cas de greffe timbres-poste, pour très grande surface), nous avons simplement posé le greffon, recouvert d'un pansement et d'une bande élastique ; mais, dans presque tous les cas, c'est la greffe suivant la technique de Lagrot, avec moule vaseliné, qui nous a donné le plus de satisfaction.

4. De toute façon, il convient, avant d'installer le greffon sur son lit récepteur, de pratiquer une hémostase soigneuse. Aucun suintement, si minime soit-il, ne devra subsister. Pour les petits vaisseaux, l'hémostase se fera au catgut 0000 ou au bistouri électrique, en sachant que chaque point de coagulation sera le siège d'un sphacèle du greffon, mais en préférant cela à un hématome qui décollera tout le lambeau. Le saignement en nappe sera effi-

cacement combattu par des compresses, imbibées de sérum très chaud adrénaliné.

La thrombase ne donne pas grande satisfaction, car les petits caillots qu'elle provoque font corps étranger entre le greffon et son lit.

5. Pansement.

a) Pansement en fin d'intervention : Nous avons coutume de placer autour du moule et, particulièrement, au niveau des fils d'attache, une barrière de pénicilline en poudre, maintenue dans l'interstice moule-peau saine, à l'aide d'une mèche de gaze vaselinée qui fait le tour du moule. Nous procédons ainsi, car dans nos premières greffes, une infection s'est développée à la périphérie des greffons.

b) Sept jours après l'intervention (4 à 5 jours en plein été), nous sectionnons les fils du moule et, après décollement délicat de celui-ci, nous lavons au sérum tiède le greffon, aseptisant les orifices cutanés des fils d'attache et la peau saine périphérique. Après arrosage du greffon à la pénicilline liquide, nous le recouvrons d'une gaze vaselinée et d'un pansement sec. L'immobilisation est maintenue quelques jours.

c) Dans les pansements suivants, après lavage du greffon, nous pratiquons autant que possible une exposition à l'air.

6. Immobilisation.

Elle doit être stricte.

a) Certains se contentent d'une fixation par bande élastique placée sur le coton et la gaze qui la séparent du greffon. Mais certains mouvements de glissement sont encore possibles. Elle a l'avantage, dans les cas de greffes itératives, pour grande brûlure par exemple, de permettre une mise à jour fréquente et facile de la zone opératoire. Il convient, à ce propos, de noter qu'une fois la bande installée à un membre inférieur, par exemple, il est préférable de ne pas l'enlever avant le cinquième ou le sixième jour, même si le malade le réclame, pour éviter la formation d'hématomes dus au relâchement trop précoce et brutal de la compression.

b) Les inconvénients de ce mode d'immobilisation ont fait préférer, par la plupart, la pose d'un plâtre semi-circulaire, le plus souvent, ou circulaire, avec fenêtre au niveau de la greffe et attelles métalliques coudées en regard de celle-ci. L'immobilisation est parfaite, bien supportée ; on peut lui reprocher la difficulté d'avoir du plâtre stérile et la contamination infectieuse du greffon par capillarité à partir de sa périphérie.

7. Dans tous les cas de greffe sur un membre, il faudra surélever celui-ci à 50° pour le membre inférieur et à la verticale pour le membre supérieur.

MODALITÉS PARTICULIÈRES DES GREFFES

I. — GREFFES EN TIMBRES-POSTE OU EN LANIÈRES

Cette technique consiste à couper le greffon en de nombreux fragments de 2 à 10 cm². Ils sont disposés sur une doublure vaselinée; ils ont l'avantage de pallier à la pauvreté de greffons, en face d'une très grande brûlure, par exemple, que l'on n'arriverait jamais à couvrir intégralement, en une seule fois. A partir de ces larges îlots, la cicatrisation se fait plus rapidement; si elle tarde trop, une nouvelle application de fragments, dans l'intervalle des premiers, se fait 15 à 20 jours plus tard. Un autre avantage réside dans le fait que les petites travées en croisillons, qui séparent les greffons, permettent un drainage suffisant des hématomes et des sérosités. Mais le bourgeonnement des zones non recouvertes amène, ultérieurement, même après greffe itérative, une rétraction non homogène, et la cicatrice, marquée déjà par le quadrillage bicolore des greffons, est encore entachée de zones alternativement souples et rétractiles. Il s'agit donc d'une méthode de secours et non d'une méthode courante.

II. — GREFFES PAR IMPLANTATION

Il s'agit d'une technique utilisable, également, avec le greffon de Davis. Elle consiste dans le morcellement, en petits carrés de 1 mm², d'un greffon mince (greffon de Reverdin) et dans son implantation dans une zone granuleuse. Le fragment est poussé sous les bourgeons; on peut aussi creuser une cavité à la curette, disposer le greffon et replacer le couvercle par-dessus. Ses indications sont celles où les autres méthodes échouent.

III. — GREFFES TUNNELISÉES

Employées par Sterling Bunnel dans la cure des palmures des doigts, nous les avons vues utiliser, dans cette même affection, par Lagrot. On perfore la base de la bride perpendiculairement à celle-ci et on glisse dans ce tunnel sous-cicatriciel un moule vaseliné cylindrique habillé d'un greffon cousu, face cruentée en dehors. On laisse « prendre » le greffon (7 à 10 jours) et on sectionne alors la bride, ouvrant du même coup le tunnel. Le moule non retenu tombe et le greffon reste appliqué contre l'ancien sous-sol de la bride fibreuse. Les deux bords de l'incision s'écartent et la bride est ainsi très allongée, sans perte de substance.

On peut employer cette technique, indifféremment, pour toutes les brides cicatricielles non palmées qui ne permettent pas une plastie en Z (lorsque la bride est très large), que ce soit pour des brides inter-digitales, des brides de l'angle des paupières ou de la commissure labiale, ou des cicatrices rétractiles de grandes régions (cou, aisselle, etc.). Nous l'avons employée, également, dans une forme monstrueuse de main de brûlé, pour désenliser la paume du massif cicatriciel qui la retenait au poignet.

Les avantages de cette technique sont les suivants :

— immobilisation parfaite de l'articulation et du moule, dans une région ordinairement difficile à fixer.

— compression constante et régulière du greffon, grâce à la position immuable de la bride et à la forme cylindrique du moule. Ce qui permet, dans ces conditions, d'utiliser des greffons plus épais.

— enfin, garantie possible contre la rétraction ultérieure du greffon, car on peut se contenter de sectionner la bride, pour faire une excision, à la demande, lorsque la rétraction sera terminée.

— on peut enfin, pour immobiliser la région articulaire, pendant les premiers jours après la greffe, garder la bride, après ablation du moule. Il serait intéressant d'observer si la rétraction du greffon est supérieure lorsque la région articulaire est en hyperflexion ou en hyperextension. De toute façon, il semble que

l'immobilisation stricte évite les tiraillements, générateurs de fibrose.

Nous avons imaginé une nouvelle utilisation de cette greffe tunnalisée, nous la décrivons dans le chapitre « greffes de complément pour lambeaux pédiculés ».

IV. — GREFFES ENFOUIES

C'est une modalité particulière de la greffe tunnalisée. Cela consiste à glisser sous une lésion à exciser ultérieurement un moule en forme de portefeuille habillé d'un greffon face cruentée en dehors. Certains auteurs l'ont utilisée pour préparer des lésions planes à l'excision, notamment, à la face, pour augmenter les chances de prise de greffons plus épais.

Cette méthode ne présente pas d'intérêt dans ces cas, si ce n'est une compression meilleure du greffon.

Par contre, elle est très utile dans la préparation de lambeaux retardés que l'on veut doubler, car elle simplifie le temps opératoire principal, offre des chances plus grandes de prise et fournit un lambeau entièrement prêt à la suture.



Observation 41 (Chapitre « Plaies après excision »)
N° 1 - Cicatrice de brûlure.



N^{os} 2 et 3 - Le greffon, placé sous la bride, a « pris » à 100 %.
La bride sera excisée secondairement.

V. — GREFFES INLAY

Elles s'appliquent à la couverture de toutes les cavités, qu'il s'agisse de cavités naturelles (bouche, cavité orbitaire, néo-vagin) ou pathologiques (ostéites, cavernes pulmonaires). La difficulté technique est d'apporter un greffon très adapté à la forme de la cavité, suffisamment comprimé, tout en permettant le drainage de sécrétions ou d'exsudats possibles.

Le moule vaseliné cousu aux bords, de Lagrot, répond parfaitement à cette indication ; il suffit, dans certains cas (vagin, ostéites), d'introduire un drain en son centre. On a pu, dans la greffe de certaines cavités, plus larges dans leur fonds qu'à leur orifice, employer des lambeaux cousus aux bords et flottant dans le fond de la cavité. Le moule est tassé secondairement, plaçant les lambeaux dans leur position définitive contre les parois.

Pour la greffe d'orifices (conduit auditif externe, narines, etc.), le procédé relève autant de la greffe cigarette que de la greffe inlay. Le drainage est, là encore, indispensable. La fixation est plus difficile : les fils d'attache ne se nouent pas par-dessus le moule, mais prennent ensemble moule et bords de l'orifice.

VI. — GREFFES DERMiques

Lorsque l'on veut prélever un greffon dermique de comblement ou lorsque l'on veut prendre un greffon sans créer de plaie nouvelle (dans les cas de brûlure étendue, par exemple) on peut, dans une première coupe, enlever une mince couche dermo-épidermique que l'on ne sépare pas à une de ses extrémités et que l'on repose sur le lieu de prélèvement après coupe du lambeau dermique. Nous l'avons vu faire par Lagrot et nous l'avons pratiqué nous-même. Il suffit de suturer le lambeau par ses bords libres aux bords de la zone donneuse. Dans les cas où l'on peut créer sans danger une plaie de prélèvement, on double la surface du greffon en prélevant dans la même séance opératoire deux greffons l'un après l'autre. Morel-Fatio, dans le même but, prélève

un lambeau au dermatome et, se servant de cet instrument comme d'un microtome, coupe deux ou trois lambeaux dans l'épaisseur du premier, gardant les lambeaux profonds pour couvrir sa perte de substance et recousant le greffon épidermique sur la zone donneuse.

Nous avons vu que les études histologiques de Th. Gilman semblent conclure à la meilleure « efficacité » du greffon dermique, notamment en homo-greffe.

VII. — MICRO-GREFFES CONGELÉES

Partant des deux principes suivants :

1. Plus un greffon est mince, plus ses chances de prise sont grandes ;

2. La congélation permet d'améliorer la vitalité de certains greffons ;

Morel-Fatio a utilisé, en homo-greffes, des micro-pastilles de peau, coupées au microtome sur lambeau cutané total d'un autre individu, congelé par projection de gaz carbonique.

Les greffons, qui ont une tendance à l'enroulement, retrouvent leur souplesse sur une gaze vaselinée.

Morel-Fatio a pu, ainsi, décupler la surface de ses greffons, ce qui est précieux dans la couverture de grandes pertes de substance, mais il a pu, également, faire « prendre », ainsi, des homo-greffes, ce qui ouvre des horizons nouveaux sur cette question.

TROISIÈME PARTIE

INDICATIONS SUIVANT LES LÉSIONS

GÉNÉRALITÉS

a) Il est maintenant admis que la G.D.E. ne doit pas, comme il y a quelques années encore, être utilisée en dernier ressort, dans les vastes plaies, ayant épuisé leur potentiel de cicatrisation. Elle doit faire partie de la thérapeutique immédiate de toute perte de substance ne pouvant être couverte par lambeau autoplastique.

Dans certaines plaies minimales, laissant prévoir une cicatrisation rapide, il est évident que la G.D.E. ne pourra pas apporter un bénéfice de temps appréciable. C'est le cas des petites plaies d'électro-coagulation, qui ont coutume de cicatriser spontanément assez vite et sans trop de rétraction.

Mais, à l'heure actuelle, un chirurgien doit pouvoir, à l'aide de cette technique, faire face aux nombreuses pertes de substance d'origines si variées qui encombraient autrefois les services.

La justification de la couverture précoce des plaies réside dans le fait que la cicatrisation pose un double problème, épidermique et conjonctif. Si la plaie est d'une certaine étendue, la prolifération épidermique périphérique est gagnée de vitesse par l'infiltration de fibroblastes dans les bourgeons granuleux. Ces fibroblastes transforment le sous-sol des bourgeons en tissu fibro-scléreux, mal vascularisé, sur lequel l'épiderme a de la difficulté à se développer. Lorsque la cicatrisation parvient à son terme, la cicatrice est d'autant plus vicieuse et rétractile que le processus de guérison a été plus long.

« La greffe cutanée précoce, apportant une couverture épidermique, stoppe immédiatement le travail de réparation conjonctive et résout à la fois le problème épidermique et le problème conjonctif. »

Donc, guérison rapide avec ses avantages : douleurs et longues suppurations évitées, -cicatrice de bonne qualité, et intégrité

respectée de tout l'appareil locomoteur de voisinage (muscles, articulations, tendons, qui ne subissent plus ni atrophie, ni ankylose ni rétraction inhérentes à une longue cicatrisation).

b) L'âge n'est pas une contre-indication. Si les chances de réussite diminuent chez le vieillard, celui-ci peut bénéficier de la greffe aussi bien que le nourrisson, l'enfant ou l'adulte. S'il existe une contre-indication, elle ne sera que transitoire et répondra à des conditions de préparation générale et locale.

c) Préparation générale.

Quant à la préparation générale elle vise à remonter le malade, à lui donner un taux de protéines, une numération globulaire et un taux de vitamines normaux ; elle vise, également, à lutter contre l'infection et, dans certains cas, à améliorer une circulation et une trophicité locales. Elle dispose d'un arsenal pré-opératoire banal :

Protéines : œuf, lait, protéolysats, jus de viande.

Transfusions de sang ou de plasma.

Vitamines : fruits.

Vitamines A, C et D. Complexe B.

Hormonothérapie surrénale.

Antibiotiques généraux : même systématiques.

Sérum anti-tétanique.

Vaso-dilatateurs : dilvasène, nicyl, novocaïne en infiltrations péri-artérielle ou intra-artérielle.

d) Préparation locale.

Une plaie fraîche traumatique ou chirurgicale peut être greffée immédiatement, mais une plaie vue au stade secondaire précoce ou chronique demande une certaine préparation. Il peut s'agir :

— d'une escarre,

— d'une plaie bourgeonnante,

— d'une plaie atone.

Ces trois cas se rencontrent dans les pertes de substance par brûlure.

Nous étudierons, pour ne pas nous répéter, « la préparation locale d'une plaie à la greffe » dans le chapitre suivant.

PERTES DE SUBSTANCE PAR BRULURE

Il ne s'agit, bien entendu, que des brûlures du troisième degré, encore que certains auteurs (Dogo, de Padoue) recommandent le pansement des brûlures du second degré à l'aide de peau de cadavre. Mais ce n'est pas là une véritable greffe, nous ne faisons que le signaler.

Les brûlures du troisième degré représentent l'indication type de la G.D.E. : la perte plasmatique du brûlé grave et ses conséquences vitales, le danger d'infection qui accompagne fatalement toute plaie chronique, et l'avenir cicatriciel redoutable de ces grandes pertes de substance, laissées à leur cicatrisation spontanée, font considérer la G.D.E. comme une obligation impérieuse.

Certaines nuances s'imposent néanmoins dans le choix du moment. Elles sont basées sur des considérations anatomo-pathologiques ; la brûlure du troisième degré passe, en effet, par plusieurs stades anatomiques :

— Tout d'abord, c'est le stade de mortification de la peau et de son sous-sol. C'est le stade immédiat, d'urgence.

— Puis, dans les jours suivants, s'amorce la séparation des tissus nécrosés, en une véritable escarre noirâtre, entourée d'un sillon d'élimination. Celle-ci met longtemps à se détacher et offre une proie idéale à l'infection.

— C'est, ensuite, après la chute de l'escarre, le stade des granulations, encore infectées mais où la perte plasmatique est plus importante.

— La lésion passe, enfin, au stade ulcéro-cicatriciel. Les vastes plaies se sont épidermisées en partie, mais laissent longtemps une ulcération, entourée sur ses bords et par son plancher, d'une solide barrière fibreuse. Les bourgeons sont d'abord exubérants, empêchant toute épidermisation centripète, puis la plaie devient atone,

chronique, sa vascularisation est étranglée par le socle scléreux et toute tendance à la cicatrisation disparaît.

Parfois, l'épidermisation a pu se faire en totalité ; mais au prix de rétractions cicatricielles importantes, pouvant revêtir des formes monstrueuses.

La couverture par G.D.E. s'adresse à tous ces stades, avec quelques nuances d'indication et de technique.

1. Stade d'urgence.

Depuis Young (1942), Cope (1946) et Dallas Ross (1950), ce stade de mortification des tissus relève maintenant du traitement chirurgical. Toute la partie nécrosée est excisée : après infiltration abondante de novocaïne à 1/400, on délimite la zone brûlée au bistouri, puis on clive l'escarre de son sous-sol graisseux ou musculaire sain en prenant soin de faire une hémostase rapide et complète (ligatures, sérum chaud), car ces blessés supportent mal une spoliation sanguine, qui peut parfois être très abondante : l'excision des brûlures des mains, du ventre et des fesses, par exemple, est très hémorragique. On couvre immédiatement la plaie par une G.D.E. de 2 à 3/10 de millimètre. Théoriquement simple, cette méthode pose un problème angoissant : chez ces brûlés, dont l'état général est gravement touché, comment exciser à coup sûr la partie nécrosée, sans imposer le sacrifice inutile de zones pouvant récupérer secondairement une vitalité suffisante ?

On a proposé des tests chimiques :

— Injections intra-veineuses de fluorescéine, avec examen à la lumière de Wood.

— Badigeonnage à la picrofuschine, qui vire au jaune, au contact des tissus nécrosés.

Mais ces méthodes sont infidèles et ne permettent pas de délimiter la profondeur exacte des tissus brûlés.

La biopsie, avec examen extemporané, donne une réponse précise, mais on ne peut prétendre l'utiliser sur une surface étendue.

Il nous reste enfin des tests cliniques, souvent suffisants :

— La couleur : la peau brûlée au troisième degré est jaune, grise nacrée, ou noirâtre (s'il y a eu carbonisation).

— La texture : la peau est dure, ferme, non élastique (encore que l'œdème sous-jacent puisse donner ce même caractère à une brûlure du second degré).

— La sensibilité, surtout : une brûlure du deuxième degré est très douloureuse à la piqure, tandis qu'une brûlure du troisième degré est insensible.

Les notions étiologiques pourront enfin apporter un appoint dans ce diagnostic topographique : le contact avec un corps chauffé au rouge, la combustion sur la peau de vêtements, de cire, d'essence, de matériaux en fusion, ou la chute sur un foyer, provoquent, à coup sûr, des brûlures du troisième degré, alors que la brûlure par eau bouillante, par flamme ou par gaz chaud, donne plus volontiers des lésions du second degré.

Mais c'est là une distinction beaucoup trop systématique, et les cas sont fréquents, où l'intrication entre lésions de différentes profondeurs est telle, qu'une excision primaire ne peut se faire avec précision.

Les indications de l'excision-greffe immédiate seront donc limitées aux cas de brûlures de taille relativement peu étendue, bien circonscrites, quand on a la certitude de l'existence de lésions profondes. Même dans ces cas, l'état de choc devra naturellement être jugulé avant toute intervention.

2. Stade d'escarrification.

Laissée à son évolution spontanée, la chute de l'escarre est longue à se faire (2 à 4 semaines), et les dangers d'infection sont au maximum.

Ces tissus mortifiés représentent un milieu de culture idéal pour tous les germes microbiens. L'exhémie plasmatique est également très importante, dès que la séparation a débuté. Il est donc justifié de raccourcir, le plus possible, cette période. On peut s'adresser à des moyens médicaux ou chirurgicaux :

— Les pansements humides, avec des solutions acides (acide acétique, acide pyruvique) ou des diastases (type streptokinase-streptodornase), peuvent accélérer le décollement des tissus nécrosés. Le sérum salé, associé à une solution acide, constitue un excellent liquide de détersion.

— Mais l'élimination, même favorisée médicalement, reste assez lente et l'excision chirurgicale d'une escarre, cette fois très nettement délimitée, est une solution de choix. Chaque fois que l'état général du malade le permettra, on procédera à l'ablation, en masse, des tissus mortifiés et septiques (le bistouri passant en tissus sains), et on pratiquera une G.D.E. mince (2/10 de millimètre) immédiate (si protéines et numération globulaire sont normales) ou bien on attendra, pour ce faire, le stade des granulations et l'on en profitera pour donner au malade une préparation générale suffisante. Sur les régions mobiles ou articulaires, on placera un greffon plus épais (5 à 6/10 de mm.).

3. Stade des granulations.

Depuis longtemps, ce stade est considéré comme chirurgical.

On peut se trouver en présence de :

— Bourgeons peu exubérants, rosés, propres : la G.D.E. sera placée directement après léger avivement et hémostase au sérum chaud.

— Bourgeons exubérants, propres, sur une très grande étendue : on peut, soit décapiter ces bourgeons au rasoir ou au couteau de Blair, soit (si l'état général ne permet pas la moindre hémorragie) pratiquer un simple lavage des bourgeons au sérum tiède.

— Bourgeons douteux, sur une étendue petite ou moyenne : on les abrase à l'aide d'un instrument mousse (ciseau rond, spatule). On doit tout enlever, jusqu'au plancher cartonné des bourgeons. L'hémostase se fait alors facilement, aidée par des compresses imbibées de sérum chaud adrénaliné.

— Bourgeons infectés : la préparation locale pré-opératoire est indispensable. Pour la mener à bien, il faut connaître les germes nuisibles à la greffe :

Les germes banaux (colibacille, entérocoque) sont presque inoffensifs.

Le staphylocoque n'est nocif qu'à grande concentration.

Le pyocyanique présente un certain danger, mais on lutte efficacement contre lui par des solutions acides (acide acétique,



Observation 3 (Chapitre « Brûlures »)
Brûlure granuleuse datant de 14 mo



Observation 3 — Une G D E a pris à 96 %.

acide borique). Ne pas oublier que la solution de Dakin favorise plutôt ce germe.

Le streptocoque hémolytique est l'ennemi n° 1 du greffon. Il amène une véritable lyse de celui-ci et résiste à tous les traitements, pour peu qu'il subsiste quelques débris nécrotiques sur la plaie. Contre ces germes, nous disposons des sulfamides (à employer prudemment in loco), des ammoniums quaternaires (cétavlon, biocidan, désogène) et des divers antibiotiques locaux, avec les réserves que l'on peut faire au sujet des intolérances individuelles. La soframycine nous a donné récemment quelques résultats dans la préparation des zones bourgeonnantes ; nous employons habituellement les pansements humides, imbibés de solution de Dakin, diluée à 1/3.

Lorsqu'une plaie granuleuse est rouge, macroscopiquement propre, elle est prête à être greffée. Les examens bactériologiques préalables sont pratiquement inutiles, l'aspect clinique de la plaie étant une indication suffisante.

A tous ces stades, où la vie du brûlé est encore en danger, peut se poser l'éventualité d'une homogreffe. L'indication sera discutée :

- devant l'impossibilité de faire subir, à un brûlé très grave, une nouvelle agression cutanée : les portes ouvertes à l'exhémie plasmatique sont suffisantes pour ne pas en créer d'autres ;

- devant le peu de surface disponible pour un prélèvement suffisant : la brûlure étendue du nourrisson représente le cas type.

Il y a intérêt, lorsqu'on en a la possibilité, à alterner auto et homo-greffons : la « chute » du trente-cinquième jour ne sera pas totale.

L'homo-greffe n'est pas, nous l'avons vu, définitive : après une « prise » totale, elle disparaît au bout de 30 à 40 jours. Mais pendant ce laps de temps, le malade en a profité pour passer le cap critique et pour acquérir une résistance suffisante à l'emploi exclusif, cette fois, d'auto-greffes.

4. Stade ulcéro-cicatriciel.

Il est, dans ce cas, indispensable de pratiquer l'excision de l'ulcération chronique, en masse, avec ses bords et son plancher

fibreux, puis de placer une G.D.E. épaisse (5 à 6/10 de mm.), en respectant la notion des axes de traction cicatricielle.

Devant une cicatrice vicieuse, la greffe pourra assurer ou compléter le traitement, comme nous le verrons dans un chapitre suivant.

Nous venons de voir que la greffe est un élément indispensable du traitement des brûlures graves.

Par son rôle de couverture, elle supprime la perte plasmatique et l'infection, augmentant, par cela même, les chances de survie du grand brûlé. Elle transforme également son avenir cicatriciel et, avantage non négligeable, lui fait gagner des mois d'hospitalisation et des années de douleurs.

PERTES DE SUBSTANCE TRAUMATIQUES

Il s'agit, là, au même titré, que dans les brûlures, d'une pathologie d'urgence. Le chirurgien général doit connaître suffisamment la technique de la G.D.E. en vastes lambeaux, car elle permet, parfois, de sauver la vie du blessé, et, toujours, de préserver la fonction du membre atteint. Elle devrait, en principe, toujours être effectuée en tant que thérapeutique immédiate, mais, parfois, les circonstances font qu'on est amené à voir ces pertes de substance au stade secondaire de plaies bourgeonnantes.

Plaies tégumentaires pures.

Toute plaie fraîche, non suturable, même de petite surface, devrait être greffée, pour gagner du temps ; mais la greffe est d'autant plus impérieuse, cela se conçoit, que l'on a affaire à de grandes pertes de substance (les grands scalps des membres). Ces blessés, laissés à eux-mêmes, s'infectent très rapidement, perdent, comme les grands brûlés, de grosses quantités de plasma, pendant les deux ou trois premiers jours : leur vie est en danger. Puis, vient la période de cicatrisation qui met des mois et des mois à se faire, au prix de graves séquelles orthopédiques : ulcérations invétérées, atrophies musculaires, adhérences tendineuses, raideurs articulaires, retard ou absence de consolidation des fractures sous-jacentes. La greffe prévient toutes ces complications.

Après déchoquage, le scalpé, vu dans les 24 premières heures, est installé en salle aseptique. On procède au parage soigneux mais économique de la plaie, on la nettoie, on en fait l'hémostase, et, après infiltrations à la pénicilline, on place un greffon de 3 à 4/10 de millimètre, maintenu par un moule vaseliné cousu. Si l'on constate des zones cutanées, cellulaires ou musculaires douteuses,

on les exclue de la greffe et on les prépare, comme une plaie sale, à la greffe secondaire. Dans ce cas, lorsque la greffe a pris sur toutes les parties propres, 8 à 10 jours après, il ne reste qu'une portion infime à greffer. L'immobilisation post-opératoire est rigoureuse, soit dans un plâtre respectant suffisamment la greffe, soit à l'aide d'une traction par broche transcalcanéenne, mais, de toute façon, en position hypersurélevée.

Parfois, ces plaies ne sont vues qu'après les 24 premières heures. Elles sont souillées, déjà infectées ; elles rentrent, alors, dans le cadre des plaies granuleuses et doivent être préparées, comme nous l'avons décrit dans le chapitre « brûlures », pendant plusieurs jours, soit par des instillations de sérum pénicillé, soit par des pansements humides au Dakin dilué. On fera systématiquement des antibiotiques, par voie générale.

Il peut se faire, encore, que ces plaies aient, au cours de longs mois, fortement avancé leur cicatrisation. Elles reposent sur une base scléreuse, sont entourées d'un épiderme fragile, sont atones et subinfectées ; quant au membre porteur d'une telle plaie, il est impotent, mal vascularisé et dystrophique. C'est le tableau habituel des plaies chroniques ulcéro-cicatricielles que nous avons déjà vu.

Le scalp cutané peut également atteindre le cuir chevelu, les organes génitaux, etc. ; nous traiterons de ces indications particulières, dans le chapitre « Indications suivant le siège ».

Fractures ouvertes.

Il est une autre indication de la G.D.E. dans les traumatismes, c'est le cas de la fracture ouverte. Après réduction orthopédique et immobilisation, on nettoie avec prudence la plaie cutanée. Si la plaie n'est pas trop souillée, et, surtout, si la fracture est vue dans les premières heures, on a intérêt à transformer cette fracture ouverte en fracture fermée. On peut ainsi, s'il y a indication de traitement sanglant ultérieur, envisager plus rapidement cette intervention et faire gagner du temps au blessé. La greffe, par son rôle de couverture, prévient également la formation d'ostéite. La fermeture de la plaie diminue les chances de retard de consolidation ultérieure.

PERTES DE SUBSTANCE APRÈS EXCISION

A) PROCESSUS INFECTIEUX

1. Anthrax.

L'anthrax peut être greffé au stade où, ayant éliminé tous ses bourbillons et ses éléments nécrotiques, il se présente comme une vaste plaie granuleuse, propre, que l'on rend stérile par les moyens habituels. On se contente d'abraser les bourgeons et l'on place une G.D.E.

Mais il peut aussi être excisé et greffé en pleine période de suppuration. Les bourbillons purulents truffant la masse de l'anthrax, l'état inflammatoire périphérique et l'atteinte de l'état général faisaient contre-indiquer, jusqu'à présent, une intervention. Lagrot fut le premier, en France, à pratiquer, à ce stade, une excision suivie de greffe.

Après infiltration à la novocaïne à 1/400, on excise très largement, au delà de l'auréole inflammatoire, en surface, et jusqu'aux muscles sous-jacents, en profondeur, considérant l'anthrax comme une véritable tumeur.

Si l'on utilise le bistouri électrique, celui-ci permettant une hémostase plus facile, il est préférable d'attendre que, l'escarre électrique une fois tombée, on se trouve devant une plaie granuleuse propre. Mais, l'excision au bistouri simple, pratiquée par de nombreux chirurgiens, a l'avantage de permettre une greffe immédiate, dans le même temps que l'excision.

Lagrot recommande d'injecter, dans les bords et le lit de la plaie, une solution de pénicilline, sans préjudice d'un traitement aux antibiotiques par voie générale.

Aussitôt l'excision faite, les signes fonctionnels et les signes généraux disparaissent, le jour même de l'intervention. Les suites

sont simples ; la greffe prend parfaitement, même s'il arrive que du pus soit, par hasard, en contact avec son lit, au cours de l'intervention.

Le gain de temps est considérable, la guérison complète pouvant être obtenue en 10 à 15 jours. Les souffrances sont abrégées et la greffe permet d'éviter la formation d'énormes cicatrices rétractiles, adhérentes et douloureuses.

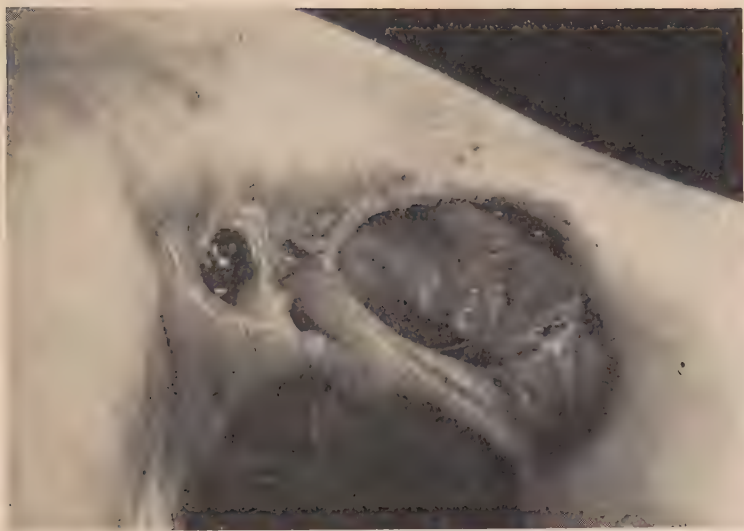
2. Hidrosadénites.

Dans ce cas, après excision des lésions infectieuses, jusqu'en tissu sain, on peut, parfois, si la lésion est petite, faire une suture par rapprochement ; mais, la plupart du temps, il convient de placer une greffe semi-épaisse ; les bords de la greffe devront être, autant que possible, parallèles aux plis de flexion de l'aisselle, et terminés en pointe, à ses deux extrémités, antérieure et postérieure. Si l'excision a revêtu un dessin dont le grand axe croise les plis de flexion, on devra encocher la greffe de petits triangles sur ses deux bords, antérieur et postérieur.

Dans le premier cas, la suture de la greffe n'est pas indispensable, tandis que, dans le second, un affrontement soigneux des petits triangles est nécessaire. Dans les deux cas, un moule cousu apporte une compression et une immobilisation suffisantes de la greffe. En fin d'intervention, un appareil plâtré (tête-poignet) maintient le bras en abduction forcée.

3. Tuberculoses ulcérées.

Le fait qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse doit imposer une grande prudence. L'indication ne sera portée que devant de vastes lésions ulcéратives, dont la cicatrisation demanderait des mois, au prix de douleurs intolérables et de cicatrices vicieuses. L'excision, suivie de couverture, par greffe semi-épaisse, devra se faire sous deux conditions : en deux temps, avec exérèse au bistouri électrique et G.D.E. après bourgeonnement ; l'intervention devra être, de plus, précédée et suivie d'un traitement médical antibiotique et chimiothérapique assez longtemps poursuivi. La vitamine D, associée, permettra de consolider un résultat souvent spectaculaire au point de vue fonctionnel et général, et obtenu en un temps minimum.



Observation 2 (Chapitre « Plaies après excision »)
Hidrosadénite tuberculeuse ulcérée datant de 2 ans.



Observation 2. — G.D.E. Prise à 98 %.
Cicatrisation spontanée chéloïdienne de la zone restante.

4. Pyodermites.

Certaines lésions, à type de pyodermite végétante, étendues, nauséabondes et résistant aux traitements médicaux et aux antibiotiques, peuvent relever d'une excision, suivie de greffe cutanée demi-mince. Lorsqu'il existe une cause locale à l'« invétération » de cette pyodermite (par exemple autour d'une fistule d'ostéomyélite chronique ancienne et négligée), il est évident que le traitement chirurgical ne devra pas s'arrêter là, et s'attaquera à cette cause. De toute façon, la greffe d'une peau saine aux alentours de la lésion à opérer, permettra un abord plus facile, une cure plus radicale, une fermeture plus sûre.

Un artifice technique devra parfois être employé. En cas de fistule en activité, une greffe en fer à cheval, ou en couronne, sera isolée le plus possible de cette fistule, par un moule cousu. Le traitement chirurgical sera évidemment précédé et suivi d'un traitement antibiotique général, après identification du germe et dosage de sa résistance aux antibiotiques.

La préparation locale devra déterger les bourgeons volumineux, sales, souvent hyperkératosiques. Le Dakin peu dilué sera l'antiseptique de choix. On se trouvera bien, comme dans le cas de l'anthrax, de larder les bords de la plaie d'excision, par des injections de pénicilline.

B) ULCÉRATIONS CHRONIQUES

1. Ulcères de jambe.

Il n'est pas question de traiter un ulcère de jambe au début, par une intervention plastique de recouvrement. On laisse s'épuiser auparavant toutes les autres thérapeutiques de cette affection (traitement du praticien, cicatrisants divers, sclérose ou traitement chirurgical des varices). Un nombre très important d'ulcères guérissent ainsi, mais il en reste quelques-uns, qui ont pour caractère clinique essentiel d'être invétérés. On pense généralement, quand il s'agit d'ulcères de jambe, avant tout, aux ulcères d'origine veineuse, mais il en est relevant d'autres étiologies. Ils peuvent succéder à une agression traumatique ou infectieuse, qui

a déterminé une perte de substance résiduelle. C'est le cas de brûlures du troisième degré, passées au stade chronique, comme nous l'avons déjà vu, mais c'est aussi le cas de simples plaies du membre inférieur, au niveau des sièges de prédilection des ulcères calleux (malléoles, face antérieure du tibia) ; le cas également de piqûres septiques laissant une ulcération atone, ou d'ostéites ayant passé le stade d'élimination osseuse, mais dont il subsiste un point granuleux et propre et dont la margelle épidermique a épuisé ses potentialités de cicatrisation au cours de curettages successifs.

Voici donc un ensemble assez hétéroclite, de par l'étiologie, mais ces ulcères ont un point commun : ce sont des ulcères chroniques, invétérés, et pour la plupart calleux ; cette dernière disposition étant l'évolution fatale du tissu cellulaire en dessous et autour de toute plaie chronique.

Il s'agit, avant tout, de supprimer cette atmosphère fibreuse, par une excision large, allant, en profondeur, jusqu'au muscle sain et, en surface, jusqu'à une zone souple ; c'est dire que ni la couleur, ni l'ulcération ne seront un guide aux limites de l'excision, mais plutôt la souplesse ou la rigidité de la zone péri-ulcéreuse. On rencontrera souvent, au cours de cette excision, de nombreuses veinules variqueuses dont il faudra faire l'hémostase soignée. Il est inutile de procéder en deux temps, en attendant le recouvrement de la plaie par des bourgeons et l'on doit pratiquer une couverture immédiate.

La greffe libre, placée sur une telle zone, débarrassée des entraves fibreuses à sa vascularisation, « prendra », la plupart du temps, à 98 ou à 100 %, dans des délais normaux de cinq à six jours. Elle représente la technique de choix des grandes ulcérations et sera employée également chez le malade âgé, le taré ou l'arthritique, malades qui demandent une cure rapide et confortable de leurs ulcères. On pourra l'employer également dans la plupart des cas, lorsque le sous-sol est représenté par du muscle, de l'aponévrose et même, parfois, s'il y a obligation, sur du périoste ou sur une gaine celluleuse de tendon. Il est des contre-indications à la greffe libre, et c'est en cela qu'elle s'oppose aux autres méthodes de couverture (lambeau local de rotation, cross-leg flap ou tube migrateur). Ce sont les cas où l'os a été déperiosté, où le tendon a perdu sa gaine celluleuse, et où la localisation de la plaie fait subir à la plastie des traumatismes répétés

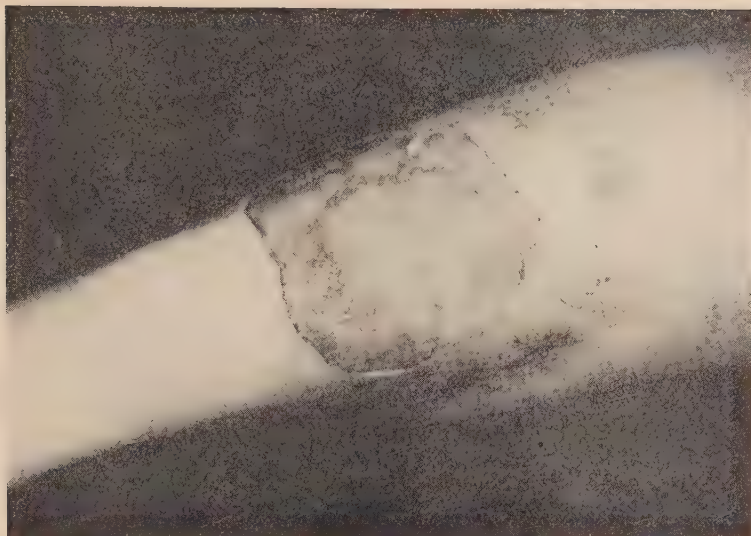
de pression ou de frottement (malléole, plante du pied, tendon d'Achille, face antérieure du tibia). Mais, même dans ces cas, en présence d'une impossibilité quelconque de faire une plastie par lambeau, on peut avoir recours à la greffe libre.

Ce traitement, par excision et greffe, sera précédé d'une préparation locale et générale. Outre le rétablissement des constantes humorales que nous avons vu dans un chapitre précédent, il est des points de traitement particuliers aux ulcères de jambe :

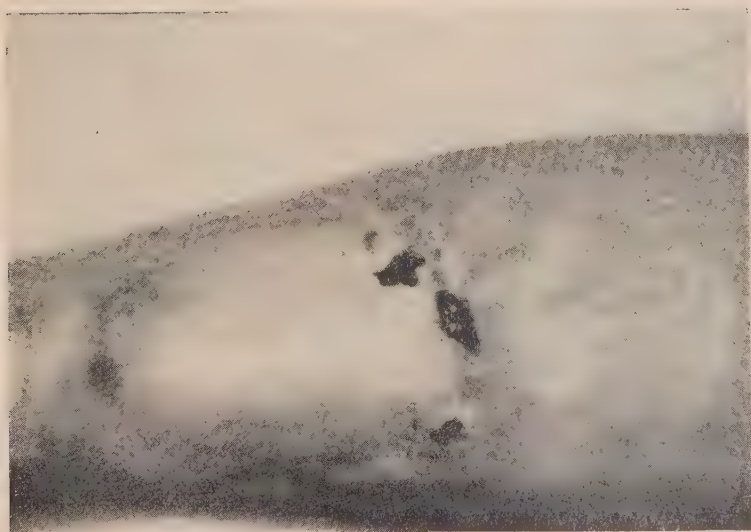
- 1° infiltrations sympathiques lombaires ;
- 2° surélévation du membre inférieur, en position couchée ;
- 3° pansement désinfectant, le plus souvent au Dakin dilué.

L'opération terminée, le malade sera immobilisé, à nouveau, avec surélévation du membre. Au sixième ou huitième jour après ablation du moule vaseliné qui recouvrait la greffe, on laisse celle-ci à l'air libre avec nettoyage quotidien au sérum physiologique. Les mouvements actifs au lit sont pratiqués dès le huitième jour, mais en gardant la position surélevée. Puis, peu à peu, on habitue la jambe à une position d'abord horizontale, puis déclive, la jambe pendant en dehors du lit, durant des intervalles de temps de plus en plus long. Au vingtième ou vingt-cinquième jour, on permet le début de la marche, mais avec une bande élastique, roulée de la racine des orteils jusqu'au-dessous du genou, et séparée de la greffe par un tissu souple. Quelques infiltrations sympathiques peuvent consolider cette guérison. Il est rare qu'une petite portion du greffon se sphacèle. Il faut, dans ces cas, immédiatement replacer un petit greffon à ce niveau. En effet, si on laisse cicatriser spontanément cette zone, cicatrisation qui étonne souvent par sa rapidité, on s'expose aux risques d'une récurrence à ce niveau, dans les trois mois suivants. Parfois (dans 10 à 20 % des cas) une véritable récurrence se produit sur les bords de la greffe initialement bien prise. Là encore, une retouche s'impose.

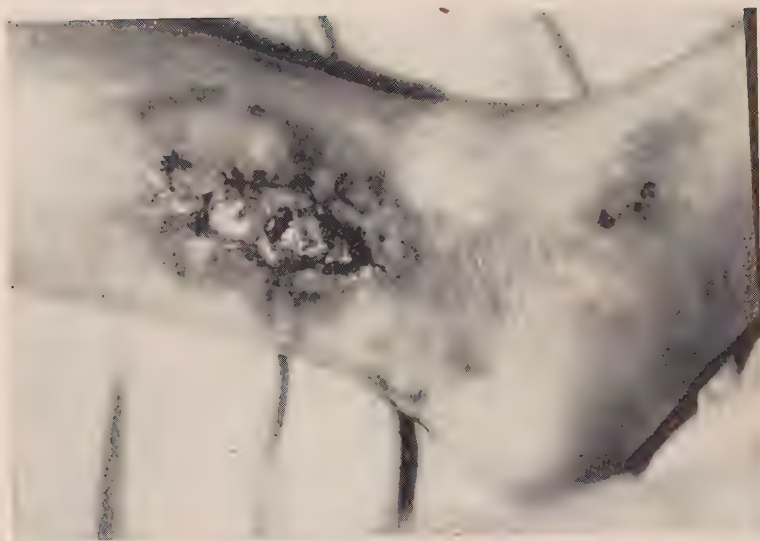
Il est à noter que l'on a fourni au membre inférieur malade, une peau saine, sur un lit sain, mais on ne lui a pas, pour autant, dans les cas d'insuffisance veineuse chronique, guéri la cause de sa maladie ; aussi, doit-on le surveiller et continuer à lutter, par des moyens médicaux, contre l'œdème et les troubles sympathiques. Un cas particulier est à noter, celui de la capillarite nécro-



Observation 19 (Chapitre « Plaies après excision »)
Ulcère post-phlébitique datant de trois ans.



Observation 19. — G.D.E. à 98 %.



Observation 30 (Chapitre « Indications particulières »)
Ulcère post-phlébitique.



Observation 30. - - Plastie par "cross-leg".
On remarquera la différence d'aspect du lambeau et du greffon,
en comparant cette figure avec la figure 9.

tique qui est atrocement douloureuse, s'accompagne souvent, outre la dénudation du tendon, de diminution ou de suppression des oscillations artérielles. Dans ce cas, la G.D.E. mince est une indication de choix : elle prend facilement, ne représente aucun traumatisme local surajouté et supprime immédiatement les douleurs.

Les résultats sont, on le voit, extrêmement divers.

Pour les ulcères de cause veineuse, récidives dans 10 à 20 % des cas.

Pour les autres, guérison stable définitive. Dans les deux cas on a, à peu de frais, raccourci considérablement les délais de cicatrisation, supprimé le cercle vicieux engendré par la sclérose sous-jacente à l'ulcère. La greffe est de bien meilleure qualité que la cicatrice spontanée et les phénomènes douloureux et ankylosants sont très améliorés. Peut-être, pour ceux-ci, l'effet favorable de la greffe relève-t-il d'une réaction voisine de celle apportée par le traitement de Filatov, dans la thérapeutique des ulcères de jambe.

2. Escarres.

Il faut distinguer, dans les escarres, deux étiologies principales : les escarres de décubitus et les escarres dues à un plâtre mal adapté.

1) Les escarres de décubitus.

Escarres sacrée et ischiatique.

Dans ce cas, la G.D.E. trouve peu d'indications. Par définition, ces ulcérations surviennent sur des zones soumises à des frottements et à des pressions, qu'une greffe récente, même bien prise, ne supporterait pas. Ce sont des zones déclives, sujettes à l'hématome post-opératoire et à l'œdème. Il s'agit, de plus, de malades en mauvais état général. On s'adressera, de préférence, à des plasties par lambeau de rotation, après excision de l'escarre et de son socle, et curettage osseux, où la greffe ne jouera qu'un rôle d'appoint, comblant la zone de prélèvement du lambeau. Parfois, cependant, on sera amené, chez un malade en très mauvais état général, à placer un greffon sur les bourgeons simplement abrasés, dont on aura fait une hémostase minutieuse.

Si on a pu, quelques jours auparavant, entraîner le malade à la position de décubitus ventral, la prise se fera sans trop de difficulté et permettra d'attendre une plastie ultérieure. Sinon, un système de lit plâtré, avec fenêtre au niveau du greffon, est indispensable ; mais le pronostic de prise de la greffe est très aléatoire, du fait de la position déclive.

Escarre talonnière.

Dans ce cas, si le procédé de choix reste encore le lambeau de rotation, la greffe libre reprend une valeur plus importante, du fait de la localisation. La mise du membre inférieur en position surélevée, avec, au besoin, traction au zénith, lutte contre l'œdème.

De toute façon, il s'agira d'une greffe très mince, fixée au moule cousu de Lagrot.

On a préconisé (Tubiana) les semis de greffe de Davis, retenus par un greffon cutané, qui joue le rôle de pansement.

2) Les escarres dues au plâtre.

Il s'agit de malades porteurs, depuis longtemps, d'un appareil plâtré faisant exagérément pression sur les saillies osseuses (corset de détraction pour scoliose vertébrale ou plâtre d'hypercorrection dans les séquelles d'encéphalopathie). Si le terrain général n'en est pas parfait, la zone de l'ulcération (épine iliaque antérieure, clavicule, rebord costal, rebord inférieur du maxillaire inférieur, etc.) permet, après ablation du plâtre, une excision avec greffe immédiate. La prise en est facile et solide, mais là, assez souvent, on peut se contenter d'une suture directe du fait de l'exiguïté de l'escarre.

3. Maux perforants.

Les maux perforants survenant sur un terrain général déficient (diabète, syndrome neurologique), il est évident qu'une thérapeutique étiologique prime le traitement local. Mais il est parfois utile de pouvoir combler rapidement une plaie atone, parfois douloureuse, génératrice d'infection locale ou d'ostéite, d'ostéoarthrite. C'est dire que toute tentative de couverture devrait être précédée d'un curettage soigneux des lésions, avec excision de la

margelle cutanée. Si, apparemment, les plasties par lambeau pédiculé (lambeau de rotation, lambeau digital de Merle d'Aubigné) semblent plus indiquées pour assurer une résistance suffisante aux pressions, l'existence même des troubles trophiques fait parfois redouter la désunion et le lâchage des sutures sur de tels lambeaux, et la greffe libre apporte, là encore, sinon la sécurité lointaine, tout au moins des chances supérieures de prise immédiate, par un procédé simple et économique.

4. Les moignons.

Les moignons d'amputation doivent, par principe, être recouverts d'une peau solide, mais il arrive que pour des raisons d'état général ou local, on préfère s'abstenir d'une plastie directe ou à distance et que l'on veuille fermer une plaie de désunion qui tend à devenir atone. Une G.D.E. épaisse apporte une solution facile et rapide. La qualité de la greffe et sa localisation (en dehors des points de pression de l'appareil) permettent parfois de la considérer comme définitive.

C) LES CICATRICES

Les cicatrices constituent un ensemble extrêmement varié au point de vue étiologique (brûlure, plaie traumatique, infectieuse ou chirurgicale).

Au point de vue aspect et au point de vue répercussion clinique, elles peuvent engendrer des douleurs à type de cuisson, prurit ; elles peuvent s'ulcérer facilement, elles peuvent devenir chéloïdiennes ou subir une dégénérescence épithéliomateuse. La gêne fonctionnelle peut être très importante, notamment aux plis de flexion (de la simple limitation du mouvement jusqu'au blocage complet du jeu articulaire) et au niveau des orifices naturels, créant des atrésies (bouche, narine, et conduit auditif externe, anus ou vagin) ou des éversions des bords (ectropion palpébral). Une cicatrice chez l'enfant peut également être génératrice de troubles de croissance (scoliose réactionnelle à une cicatrice abdominale).

Le traitement de ces cicatrices s'adressera aux diverses méthodes de l'arsenal plastique mais, presque toujours, on aura intérêt à combiner plastie et greffe dermo-épidermique.

— Grandes cicatrices planes mises sous tension constante, du fait de leur rétraction.

Dans ces cas, la greffe libre apporte un appoint irremplaçable : il suffit pour s'en rendre compte de faire l'excision de tout le tissu cicatriciel ; la rétraction considérable des bords de la plaie montrera la nécessité d'un apport cutané. Une large greffe demi-épaisse, sur le lit débarrassé des brides fibreuses sous-cutanées, apportera, après une prise facile, une couverture souple et sans tendance à la rétraction.

— Les brides cicatricielles minces et bien individualisées.

La plastie en Z est, là, l'indication de choix. Mais il arrive (notamment, dans les brides entourées d'une réaction cicatricielle plane) que les deux lambeaux triangulaires ne peuvent, après avoir opéré leur transposition, obturer toute la plaie. Une greffe épaisse, cousue sur leurs bords sera alors indispensable, pour éviter toute traction excessive dans la suture.

— Les palmures siégeant au niveau de plis articulaires (commissure digitale, aisselle, cou, creux poplité) peuvent, aussi, relever d'une plastie en Z. Mais nous avons vu utiliser par Lagrot un procédé qui paraît s'adapter parfaitement bien aux palmures digitales, qu'elles soient congénitales ou cicatricielles. C'est la greffe cigarette. Nous l'avons utilisée également pour des régions telles que le cou ou la face antérieure du poignet, en augmentant le calibre du moule et en pratiquant de véritables greffes en portefeuille. Les avantages de ce procédé ont été décrits au chapitre « Modalités particulières des greffes ».

— Les cicatrices au niveau d'orifices :

Les atrésies trouvent également, dans la greffe cigarette, une solution élégante, de même que les brides cicatricielles des angles palpébraux. Dans les atrésies incomplètes, on sectionne la paroi libre du tunnel cutané ainsi formé, alors que, dans les atrésies complètes (narine, conduit auditif externe), on se contente, après avoir enlevé le moule (perforé d'un drain filiforme), de dilater, pendant plusieurs semaines, le néo-orifice, ou d'y placer une pro-



Observation 34 (Chapitre « Plaies après excision »)
Face cicatricielle complexe de brûlé. On voit les ectropions palpébraux,
surtout nets à droite. Atrésie nasale gauche.

thèse creuse en résine acrylique. La rétraction est, en effet, toujours importante. Il faut prévoir trop grand et entretenir soigneusement le résultat obtenu, par calibrage prolongé.

— Les ectropions palpébraux. Lagrot utilise la méthode suivante :

Après incision le long du bord de la paupière, à 2 millimètres de celui-ci, on décolle le plan cutané, du tarse, en allant d'un angle à l'autre de la paupière. Puis on place un greffon dermo-épidermique très mince, prélevé sur la face interne du bras (pour des raisons de coloration et de pilosité), maintenu par un moule vaseliné, fixé lui-même sur le fond de la plaie, par des points passés sur les bords de celle-ci. Après ablation du moule, au



Observation 34. — Le malade a les deux paupières supérieures greffées. Une greffe cigarette a recréé un orifice narinaire. Une plastie ultérieure corrigera l'aile du nez.

sixième jour, le greffon a pris à 100 %. Il présente un aspect en cuvette, dû à la traction des bords de la plaie par les fils d'attache, mais, aussi, au fait qu'on l'a taillé, volontairement, trop étendu. En effet, dans les semaines suivantes, cette paupière qui paraissait, dans les premiers jours, ridiculement large, en auvent, se rétracte doucement, jusqu'à avoir une taille et une souplesse normales.

— Enfin, la G.D.E. peut apporter une solution dans le problème thérapeutique des chéloïdes.

Si le greffon n'est pas à l'abri de cette dégénérescence au niveau de ses bords et de ses points de sphacèle éventuels, du moins permet-il de limiter les dégâts dans les très larges chéloïdes.

Un traitement, par radiothérapie et A.C.T.H. combinés, doit d'ailleurs, le plus souvent, préserver le greffon de cette évolution.

Il n'empêche qu'une indication d'excision-greffe doit être bien pesée en face d'une chéloïde, surtout si le sujet est dans une « période chéloïdienne ».

Ces quelques exemples nous montrent les possibilités de l'emploi de la G.D.E., dans la chirurgie des cicatrices ; elle n'est souvent qu'une méthode de complément, mais représente, parfois, à elle seule, toute la thérapeutique. La greffe précoce des plaies devrait aboutir à la suppression préventive de toute cicatrisation vicieuse.

D) MALFORMATIONS CONGÉNITALES

1. Nævi.

La véritable indication d'exérèse, suivie de greffe, se rencontre dans les nævi pileux, hyperkératosiques, intra-épidermiques. Dans les cas de nævi très étendus, on doit, par nécessité, procéder en plusieurs temps.

Cl. Dufourmentel, constatant une difficulté à faire « prendre » ces greffes itératives, a proposé de « décortiquer » le nævus, à l'aide d'un rasoir de Lagrot modifié. La cicatrisation est plus rapide, il n'est pas besoin de prélever des greffons ; mais il nous semble que, dans les cas de nævi hyperkératosiques, papillomateux, il est préférable de pratiquer une excision totale, nécessitant une intervention moins longue et plus facile, quitte à s'adresser à la décortication, lorsque le potentiel de « prise » des greffes s'est épuisé.

Les auteurs américains poussent plus loin l'indication de la chirurgie. Ils sont partisans de l'excision large au bistouri des nævi pigmentaires à cellules næviques, situés à la jonction épiderme-derme, lorsqu'ils se trouvent dans une zone d'irritation, présentant des risques de transformation maligne. Ils font suivre l'exérèse, s'il y a lieu, d'un curage ganglionnaire, et, lorsque la lésion est étendue, d'une G.D.E. immédiate.

Il ne nous appartient pas d'apprécier cette dernière indication.

2. Angiomes.

Dans les angiomes plans, la greffe, après excision, n'apporte pas une amélioration esthétique suffisante pour être envisagée. La chirurgie, pratiquée avec de grandes précautions, pourra rendre quelques services, pour certains angiomes tubéreux ou sous-



Observation 47 (Chapitre « Plaies après excision »)
Nævus pileux après le premier temps opératoire.
Excision et G.D.E.

cutanés. L'étendue de l'exérèse pouvant, parfois, faire recourir à la G.D.E.

3. Hyperkératoses.

Joac Aguiar Pupo et Roberto Farina ont, récemment, publié trois cas de kératodermie palmo-plantaire congénitale, traités par excision suivie de plastie par cross-leg. En cas d'impossibilité d'une telle plastie, la G.D.E. peut apporter une solution de remplacement intéressante : Derrick Dencer et Wynn William l'ont employée avec succès.

E) MALFORMATIONS ACQUISES

1. Rhinophyma.

La G.D.E. n'est, dans le traitement chirurgical du rhinophyma, qu'une indication d'exception. La plupart du temps, on se contente d'une excision au bistouri électrique, par larges copeaux, et l'on attend la cicatrisation spontanée, facile, constante, mais qui demande, trois, quatre ou cinq semaines.

Il est donc compréhensible que certains auteurs aient cherché à raccourcir ce délai : on peut s'adresser parfois, en cas de téguements à peu près normaux, à la taille d'un lambeau précédant l'excision sous-cutanée. Mais les conditions sont rarement réalisées, et l'on a recours à une G.D.E. Nous avons été personnellement tenté de le faire à plusieurs reprises, devant le risque d'« ectropion » des orifices narinaires.

2. Xanthome.

Certains auteurs préfèrent s'adresser à la G.D.E., pour combler la perte de substance, consécutive à l'ablation d'un xanthome, plutôt que de faire une suture.

3. Éléphantiasis.

La cure chirurgicale de l'éléphantiasis a acquis une grande efficacité, depuis que l'on pratique, après Servelle et Macey, la lymphangiectomie superficielle totale.

La couverture par G.D.E. représente l'avantage d'être plus facile et moins aléatoire que la taille de grands lambeaux.

L'intervention d'excision-greffe est pratiquée en plusieurs temps (2 ou 4), car elle est assez choquante.

L'intervention, sous A. G., se déroule comme suit :

Après infiltration large, à la novocaïne à 1/400, de toute la tranche à exciser, on prélève, sur cette même zone, une couche dermo-épidermique, puis une seconde couche, dermique, en prenant soin de repérer sa face externe (en laissant, à une de ses extrémités, un fragment épidermique). On place les greffons, en attente, sur une gaze vaselinée.

On délimite alors le tracé de la partie à exciser (lambeau cellululo-fibreux, dont le grand axe est parallèle à celui de la jambe ; les limites sont le genou, en haut, le cou-de-pied, en bas). On incise jusqu'à l'aponévrose et l'on clive toute la partie malade, à l'aide d'un tampon monté.

On excise ensuite l'aponévrose. L'hémostase doit être rigoureuse ; elle est plus difficile en présence de nombreuses veines variqueuses. On applique ensuite les G.D.E., suivant la technique habituelle de Lagrot, sur un moule vaseliné cousu. L'immobilisation se fait en position surélevée.

L'excision devra, au niveau du pied, respecter une semelle cutanée, prolongée sur les côtés par une bande de 2 à 3 cm.

Pour éviter une différence trop nette à la jonction, au niveau du genou, on peut exciser un peu de tissu conjonctif sous-cutané et suturer la peau à l'aponévrose sous-jacente.

On attendra un ou deux mois entre chaque temps opératoire, permettant ainsi, non seulement la cicatrisation complète de la zone greffée (avec pose de quelques petits greffons itératifs, si nécessaire, sur les parties sphacélées), mais, aussi, la diminution de l'œdème sur le segment non opéré (ce qui diminue la lymphorrhée per-opératoire, et facilite l'excision).

Les soins post-opératoires seront banaux : mécanothérapie passive, puis active, port d'un bas élastique, onctions vitaminées.

Au point de vue esthétique, le galbe de la jambe est redevenu normal, exceptés les bourrelets, parfois disgracieux. Par contre, le néo-tégument est recouvert de cicatrices, sur la jonction des greffons, cicatrices qui tendent à disparaître.

Au point de vue fonctionnel : le résultat est excellent : l'affection est guérie. Les différents auteurs n'ont pas constaté de récurrence depuis plusieurs années.

Nous ajouterons une simple remarque : lorsque les téguments de la jambe sont infiltrés, verruqueux, desquamants, il y a intérêt à prélever un greffon au niveau de la cuisse. En effet, si ces greffons jambiers peuvent, la plupart du temps, être utilisés avec bénéfice, il ne faut pas hésiter à les sacrifier s'ils présentent des modifications pathologiques nuisibles à la prise de la greffe et à la qualité des téguments ultérieurs.

Chez ces malades, on doit surveiller les constantes humorales, car la perte de lymphes est très importante, et opérer sous antibiotiques locaux et généraux, car les formations verruqueuses et ulcérées qui sont fréquentes (au niveau des orteils, notamment), représentent un repère de germes, difficile à stériliser, de streptocoques surtout ; ce germe étant, fréquemment, responsable du début de la maladie. On conçoit que la préparation locale doive être extrêmement rigoureuse, si l'on se souvient que le streptocoque hémolytique est l'ennemi n° 1 de la G.D.E.

F) TUMEURS

La G.D.E. a certainement apporté un gros progrès dans la chirurgie du cancer. Elle a permis d'envisager des exérèses, inaccessibles autrefois.

Aux membres, elle peut maintenant se discuter avec des interventions plus radicales. A la face, elle permet des exérèses plus étendues. Dans cette dernière région, elle peut se discuter avec une large plastie pédiculée; mais elle apporte, surtout, un élément de couverture d'urgence, prenant relativement facilement et permettant ultérieurement, si l'évolution de la maladie le permet, des corrections morphologiques plus complexes.

Si l'exérèse est faite au bistouri électrique, il y a intérêt à retarder la greffe jusqu'au bourgeonnement, sinon on peut greffer immédiatement, dans la même séance opératoire (si l'état du malade permet d'augmenter le temps de l'intervention).

Dans la chirurgie du larynx et du pharynx, la G.D.E. apporte également un appoint plastique considérable.

Enfin, après certains Halstedt étendus, il est préférable, au lieu d'essayer de fermer à tout prix par des tractions excessives, de placer une G.D.E. qui amène la fermeture de la plaie en dix jours et procure une cicatrice plus souple, moins rétractile.

Le rôle du plasticien est, avant tout, de couvrir et de réparer les pertes de substance. Il est préférable pour lui, dans cette chirurgie du cancer, si spécialisée, de ne s'attaquer qu'à ce problème.

G) RADIODERMITES

1. Indication opératoire.

Il y a indication formelle, lorsque l'on se trouve en présence d'une vaste ulcération, retentissant sur l'état général, et pouvant faire discuter une solution plus radicale, par l'intensité des douleurs ou l'existence d'une dégénérescence néoplasique. On pourrait, par contre, discuter l'indication au stade de dystrophie, d'hyperkératose, de télangiectasies, mais, en principe, on doit avoir présent à l'esprit que toute radiodermite peut dégénérer, et que la temporisation fait courir un risque au malade. Donc, il est sage, sinon impératif, d'opérer une radiodermite, à titre prophylactique, le plus rapidement possible.

Les Américains conseillent l'intervention dès l'apparition des télangiectasies.

2. Quand opérer ?

On ne doit pas opérer au stade aigu, car il est difficile alors de déterminer le génie extensif du processus. On peut attendre quelques semaines ou quelques mois, que l'on emploiera à une préparation médicale locale et générale.

3. Choix du procédé.

Pour l'exérèse, il est parfois utile de se servir du bistouri électrique, car l'hémostase est plus facile, mais il faut alors procéder en deux temps : couverture après chute de l'escarre électrique, bien qu'il nous soit arrivé de greffer une zone fraîchement coagulée avec une prise de 60 à 70 %. L'exérèse doit aller, en surface, au delà de la zone apparemment malade, bien que l'on sache que les phénomènes congestifs périphériques disparaissent, après excision de la lésion. En profondeur, il faut aller jusqu'à l'aponévrose. Lorsque l'atteinte porte sur les organes plus profonds (os, gros vaisseaux, nerfs), on peut se contenter de les recouvrir, car certains phénomènes semblent régresser, dès que la barrière cutanée est reconstituée.

Si un doute plane sur l'existence d'une dégénérescence, une biopsie extemporanée renseignera sur l'utilité d'un curage ganglionnaire. Ces notions semblent sortir de notre sujet, mais en fait elles guident le choix de la réparation.

De toute façon, il est bon de recouvrir immédiatement la plaie d'exérèse, par une greffe dermo-épidermique.

- Si sous-sol musculaire sale, scléreux, atone : greffe mince.
- Si sous-sol musculaire sain, souple, saignant : greffe épaisse.

On sera toujours à même, plus tard, si le résultat morphologique et fonctionnel n'est pas satisfaisant, de remplacer la greffe par une plastie.

Si la région greffée demande une couverture plus souple et plus épaisse, et doit être modelée, on n'aura qu'à exciser la greffe libre et utiliser une plastie appropriée.

Si des organes importants (vaisseaux, nerfs, tendons, os) sont découverts, il est évident qu'on devra, dans la mesure du possible, tenter une plastie immédiate, par lambeaux uni ou bipédiculés.

L'exérèse a pu intéresser la paroi d'une cavité, la joue, par exemple ; la greffe sera alors utilisée, comme nous le verrons à un chapitre suivant, pour doubler un lambeau pédiculé.

Chez le vieillard, ou sur de très grandes surfaces, il est indiqué de choisir la greffe dermo-épidermique. C. Dufourmentel préfère cependant, en général, les lambeaux, qui apportent des tissus sains bien vascularisés, facilitant la guérison des lésions laissées en place.

Mais la greffe libre a donné, aussi, d'excellents résultats (témoin l'observation de Lagrot, de radiodermite des deux mains, chez un chirurgien, guérie par excision et G.D.E.), et elle garde une place importante dans la couverture des radiodermites excisées.

De toute façon, elle apporte, en plus de la suppression instantanée des douleurs, et un arrêt évolutif des lésions restantes (de même que les lambeaux), la couverture facile et sans dégâts supplémentaires, de plaies souvent étendues, qu'il n'est pas question de laisser cicatriser spontanément. Elle permet aussi, lorsque la plastie immédiate n'est pas possible, de fermer transitoirement les lésions par une couverture qui, parfois, dans les suites, peut être considérée comme définitive.

H) DERMATOSES DIVERSES

Enfin, on a pu, exceptionnellement, pratiquer une G.D.E., après excision, sur des dermatoses, telles qu'une réticulose histiomono-cytaire maligne, cutanée, ulcéro-tumorale (Degos), une névro-dermite (Pierre). Lagrot a enfin constaté, fortuitement, qu'une plaque de psoriasis, excisée, de moitié, pour une autre raison, ne présentait plus de lésions au niveau de la greffe, lors des poussées ultérieures.

Ces quelques cas laissent entrevoir de nombreuses possibilités, en thérapeutique dermatologique. Le remplacement des dermatoses localisées, par une G.D.E., pourra, peut-être, amener leur guérison définitive. Quant aux dermatoses généralisées, comme dans le cas de Degos, l'excision-greffe de la lésion principale assura la stabilisation des autres lésions à distance. Ce fait pose, à nouveau, le problème du rôle tissulaire de la greffe.

I) TATOUAGES

Parmi les nombreux procédés de détatouage, l'excision suivie de greffe, ne représente qu'une indication d'exception. C'est le cas des cicatrices vicieuses laissées par un détatouage antérieur. Quant à nous, nous préférons procéder à l'ablation du tatouage par couches successives, à l'aide du rasoir de Lagrot, réglé à 2/10 de millimètre, jusqu'à disparition complète du dessin. La plaie laissée par ce procédé est uniforme et cicatrise comme une brûlure du second degré.

QUATRIÈME PARTIE

INDICATIONS PARTICULIÈRES

INDICATIONS SUIVANT LE SIÈGE

Quelques notions générales doivent intervenir dans l'indication de la greffe et dans le choix de son procédé. Il faudra, tout d'abord, tenir compte du sous-sol à recouvrir :

— sur les tendons dénudés, la G.D.E. est peu recommandée, elle adhère et s'ulcère facilement.

— sur les os dépériostés, il en est de même, à part quelques indications très spéciales, que nous verrons dans le chapitre suivant.

— sur la graisse elle prend très difficilement.

— sur les muscles et les aponévroses, elle doit prendre, si les conditions techniques sont réalisées, dans des proportions optima.

— sur les bourgeons de granulations, enfin, elle prend très bien, comme nous l'avons déjà vu, sous certaines conditions de préparation.

Un autre élément aura une grande importance : celui de l'aspect macroscopique de la peau. Coloration et pilosité influenceront sur le lieu de prélèvement. Le choix de l'épaisseur sera également très important, en considération de la région à recouvrir. On se rappellera que certaines zones de prélèvement (dos, ventre, fesse) donnent des greffons plus épais, et que chez l'enfant, surtout le garçon, il faut tenir compte de la pilosité ultérieure.

Tous ces problèmes (choix du greffon, fixation, immobilisation) seront différents suivant la région anatomique à recouvrir.

I. Face.

— Pour les paupières, le meilleur procédé est celui, employé par Lagrot, que nous avons décrit dans le chapitre « cicatrices ». On choisit un greffon mince de 2 à 3/10 de millimètre, que l'on prévoit trop large, pour pallier à une rétraction de 30 à 40 %.



Observation 32 (Chapitre « Plaies après excision »)
G.D.E. d'une cicatrice de brûlure.

Ce greffon devient souple, ne gêne pas la mobilité palpébrale. Il y a intérêt à le prélever sur la face interne du bras ou à la base du cou pour des raisons de coloration, et de pilosité.

— Pour les orifices narinaux, le conduit auditif externe, la greffe « cigarette », perforée d'un drain, donne d'excellents résultats.

— Pour le front, même si l'on emploie des greffons d'épaisseur moyenne, on obtient très vite un très bon résultat esthétique, car ils se confondent rapidement avec les téguments voisins. Cela est dû sans doute à la relative immobilité de la peau frontale.

— Pour les joues et le bord inférieur de la mâchoire, il faut utiliser un greffon, si possible, unique, d'épaisseur $3/4$ de peau de Padgett. En effet, classiquement, les greffons épais se rétractent

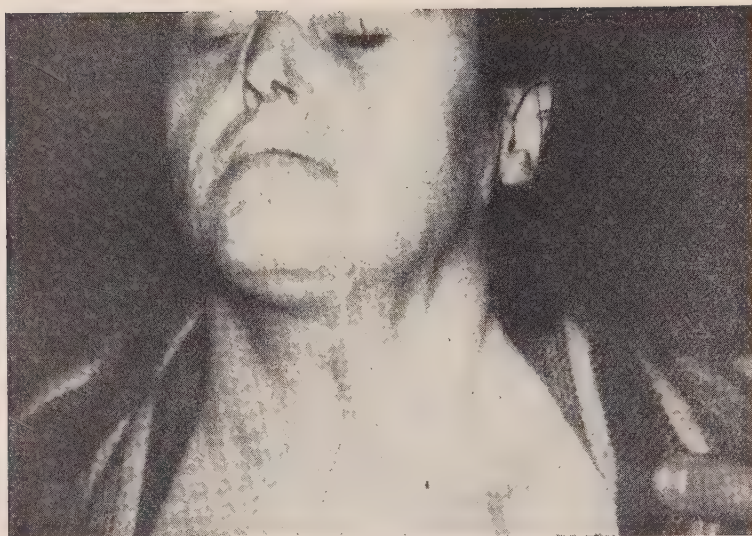


Observation 32. — Rétraction du greffon.

moins. Nous avons, cependant, eu la surprise, lors d'une greffe des deux joues chez une même malade, de voir un des greffons, le plus épais, se rétracter dans une plus grande proportion que l'autre. En fait, il semble que cette rétraction ait coïncidé avec une poussée chéloïdienne post-ménopausique, inexistante lors de la pose du greffon le plus mince. Il semble que l'on doive, le plus souvent possible, préférer à la greffe, des lambeaux de rotation type Imré-Blascowickz.

— Pour le crâne, les indications de G.D.E. se rencontrent surtout dans la couverture de scalp traumatique, de brûlure, d'une plaie d'excision de tumeur, ou de la couverture de la zone donneuse d'un lambeau pédiculé chevelu (pour alopecie localisée).

Dans le scalp traumatique, le péricrâne est presque toujours intact. Une greffe épaisse, cousue, donne un excellent résultat,



Observation 32. — Excision du greffon et bascule d'un grand lambeau de Blaskowicz.

avec prise facile et épaisseur suffisante. Si toute la surface ne peut être greffée en un temps (choc) on préférera commencer par la partie antérieure, pour éviter les difformités faciales dues à la rétraction. On peut, à l'aide du dermatome, tailler le greffon sur le scalp lui-même, après l'avoir rasé : ce procédé offre une économie en plaies de prélèvement, mais, aussi, apporte un matériel pileux. Quant au moment de la greffe, on peut attendre le bourgeonnement de la plaie, mais en fait, le périoste intact fournit un sous-sol excellent et la greffe immédiate évite la possibilité d'infection. On doit donc pratiquer la couverture d'urgence de la plaie par scalp, après hémostase soigneuse. Ceci, dans le cas où l'os est resté recouvert de son périoste. Si, au contraire, l'os est complètement dénudé (ce qui se retrouve dans les plaies par électro-coagulation), il faut, soit utiliser un lambeau pédiculé, si la perte de substance est petite, sinon, il y a intérêt à perforer la table externe, à l'aide d'une gouge ou d'une mèche, pour provoquer la couverture de l'os par granulations, ce qui permet, enfin, de poser avec sécurité une G.D.E. En effet, si on laisse, non recouverte, une portion d'os, elle se dévitalise et tend à s'éliminer, élimination qui dure parfois des mois.

En cas de brûlure du cuir chevelu, les indications n'ont rien de particulier, si ce n'est que l'excision sous l'escarre doit, en cas de brûlure profonde, enlever la table externe.

Enfin, ultérieurement, en cas de perte de substance greffée, peu étendue, on peut améliorer le préjudice esthétique en s'adressant au lambeau pileux de rotation, comme dans le traitement de la calvitie localisée, avec résection correspondante de la greffe.

2. Cou.

Sur la portion antérieure du cou, un greffon mince se rétracte de 50 à 70 %. Le greffon 3/4 doit avoir la préférence, de même que pour les joues. Quelques mois plus tard, il y a souvent intérêt à exciser les cicatrices de jonction, entre peau sainé et greffon, car celle-ci sont souvent épaisses et dures. Il faut s'arranger au maximum pour que celles-ci, au moment de l'intervention, soient dirigées selon un axe oblique, sinon horizontal. Les cicatrices verticales évoluent, fatalement, sous forme de brides.

La fixation du greffon est relativement facile, grâce aux moules cousus. Nous avons utilisé, une fois, la greffe en portefeuille, qui nous a donné toute satisfaction.

Malgré toutes ces précautions, la rétraction est inévitable et l'on doit, chaque fois qu'il est possible, préférer les lambeaux de rotation ou les lambeaux tubulés, pouvant sans inconvénient alterner greffons et lambeaux, pourvu que les sutures ne soient pas verticales.

3. Tronc.

Au niveau du ventre, on peut facilement se passer de G.D.E., pour les petites pertes de substance, car les sutures, après décollement, lambeau de glissement, sont faciles à exécuter. Mais, en cas de grosses pertes de substance, on est obligé d'y avoir recours. Si la couverture d'une plaie granuleuse, à ce niveau, ne pose pas de problème particulier, la greffe d'une plaie fraîche est délicate, lorsque le sous-sol est uniquement graisseux ; il en est de même, au niveau du thorax, chez la femme grasse, surtout.

Dans la région du dos et du sacrum, la greffe est également difficile, car il s'agit d'une région déclive et de pression. La ligne médiane est, de plus, très mal vascularisée. On évite certains

de ces inconvénients, soit en faisant coucher le malade sur le ventre pendant la période de la greffe, soit en lui installant un lit plâtré fenêtré.

4. Périnée. - Organes génitaux.

Dans ces régions, la greffe, souvent indispensable, requiert des précautions particulières, en raison de la constante infection à colibacilles, notamment, et de la souillure par les excréments.

Pour le périnée, zone de flexion, entre deux orifices naturels, il faudra veiller à l'immobilisation stricte des cuisses et à la propreté méticuleuse des soins. La greffe pourra être cousue mais il y a avantage à lui adjoindre un moule vaseliné, bien séparé des orifices.

Dans les scalps des organes génitaux masculins, on doit, quand les conditions générales le permettent, procéder à une G.D.E. immédiate pour éviter l'infection, les douleurs et les rétractions, avec cicatrice vicieuse pouvant aller jusqu'à l'enlèvement total de la verge, dans le bloc cicatriciel crural ou abdominal. Dans certains cas, il y aura intérêt à pratiquer une cystostomie. Le greffon devra être unique, allant d'un côté jusqu'au fragment de prépuce restant, auquel on le suture, et de l'autre côté au delà de la racine de la verge, pour éviter toute striction cicatricielle ultérieure : la suture ne se fera pas au niveau de la racine de la verge, mais au niveau du pubis. Le greffon, enroulé autour des corps caverneux, sera suturé à lui-même, longitudinalement, sur le dos de la verge. La fixation sera obtenue à l'aide d'un moule vaseliné, retenu par un fil sur deux de la suture, que l'on aura noués sur lui. Des doses importantes de bromure et de calmants divers (on a même utilisé des œstrogènes de synthèse) devront prévenir toute érection, pendant la période de prise de la greffe.

Il est possible que la suture dorsale du greffon se rétracte secondairement, une plastie en Z remédiera à cet inconvénient. Cette méthode s'oppose à celle des lambeaux cruraux et surtout abdominaux qui demandent de nombreuses interventions et fournissent une peau trop épaisse et moins souple.

5. Membre supérieur.

Il s'agit-là, avant tout, de la main. Si la G.D.E. donne une excellente peau dorsale, mobile sur les tendons, elle n'offre pas les mêmes avantages à la paume : en effet, elle se rétracte considérablement et donne une peau fragile, dystrophique, ne convenant pas à la fonction de la main. On doit donc, lorsque d'autres procédés ne sont pas envisagés (ils ont aussi leurs inconvénients : les lambeaux à l'italienne ou tubulés donnent une peau épaisse, formant coussinet et gênant la préhension), tailler plusieurs greffons de peau épaisse (3/4) suturés l'un à l'autre, suivant les lignes principales de flexion de la paume. Chaque fois que cela sera possible, il faudra amener de petits lambeaux de rotation de voisinage, de façon à faire alterner greffons et lambeaux, ce qui diminue le pouvoir de rétraction des greffons. Dans les scalps de la main, dans les brûlures étendues, la greffe libre reste un procédé de sauvetage irremplaçable, et prévient les horribles difformités cicatricielles. La greffe, à ce stade, donne d'ailleurs une moins grande rétraction.

Dans la maladie de Dupuytren, lorsque l'on a été amené, par suite de la gravité des lésions, à exciser un triangle cutané, on est heureux de pouvoir combler la perte de substance, à l'aide d'un greffon épais.

Pour les doigts, la G.D.E. est également un procédé d'urgence, mais elle ne peut revendiquer à son actif un résultat fonctionnel suffisant. Chez les ouvriers manuels, la greffe libre, employée à titre provisoire, sera vite remplacée par des coussinets de plastie italienne tubulée, qui lui donneront, sinon une sensibilité fine, du moins une couverture solide pour l'exercice de leur travail. Dans les petites pertes de substance, de nombreux lambeaux locaux codifiés récemment par R. Vilain, apporteront une solution meilleure.

6. Membre inférieur.

Il s'agit, ici, de régions offrant de nombreux points de pression (talon, cou-de-pied, tendon d'Achille, genou), et exposées à de fréquents traumatismes (face antérieure du tibia, malléole). C'est dire que toutes les fois qu'il sera possible, on devra chercher à recouvrir ces zones par des lambeaux, parfois locaux, rarement tubulés, presque toujours indirects, par "cross-leg flap". Mais il

est des cas, où la plastie ne peut pas être effectuée (grande perte de substance, surfaces subinfectées, malades rhumatisants) et la greffe restera l'arme essentielle. Parfois même, elle sera pratiquée dans un but de couverture provisoire, pour prévenir rétraction, infection, ostéites, et pour supprimer au malade d'inutiles souffrances, pendant que les premiers temps, préparatoires à la plastie, seront effectués.

Il est d'ailleurs surprenant de constater comme certains greffons épais évoluent dans le sens fonctionnel de points de pression et de voir secondairement leur solidité et leur bonne trophicité.

7. Plis de flexion.

Il s'agit-là de régions articulaires, telles que creux poplité, aine, coude, aisselle ; elles présentent deux difficultés : immobilisation malaisée du greffon, et rétraction des cicatrices de suture latérale.

Le premier inconvénient est facilement aplani par la pose de moules cousus et l'installation d'appareils plâtrés, maintenant le creux articulaire en immobilisation absolue. (Hyperflexion pour deltoïde, face postérieure du coude, face antérieure du genou, et hyperextension pour aisselle, face antérieure du coude et creux poplité.)

Un artifice consiste, au besoin en excisant une bande de peau saine, à reporter les sutures latérales sur les côtés du membre, et à tailler les bords latéraux du greffon, de manière à ce qu'ils présentent de petits triangles, alternativement en creux et en relief, s'intriquant avec des triangles correspondants de la peau saine ; on réalise ainsi des petites plasties en Z, préventives.

Pour les petites pertes de substance, il est souvent plus favorable d'utiliser des petits lambeaux de rotation, à l'italienne, ou tubulés.

Le procédé du cigare ou de la greffe en portefeuille apporte, également, un appoint appréciable, lorsqu'il s'agit de traiter des brides cicatricielles articulaires longues, peu larges, et non palmées.

INDICATIONS

DE « COMPLÉMENT D'UNE PLASTIE »

Au cours des innombrables procédés de plastie par lambeaux pédiculés, on est appelé à se servir de la G.D.E. dans trois buts :

couverture de la zone donneuse,
doublure du lambeau,
complément proprement dit de la plastie.

A) Couverture de la zone donneuse.

— Après un simple débridement uni ou bilatéral, qui permet d'obtenir un ou deux lambeaux bipédiculés, se suturant au niveau de la plaie à recouvrir (ce procédé est employé fréquemment en orthopédie, pour couvrir la face antérieure du tibia après une intervention osseuse), on est obligé, si l'on veut des délais de cicatrisation rapides, de placer un ou deux greffons cutanés, sur les plaies ovalaires de débridement. Il est à noter que, pour glisser les lambeaux sur la plaie on a souvent été obligé (et c'est un procédé recommandable pour permettre un drainage, en dehors de la ligne de suture) de décoller complètement ces lambeaux et l'écoulement des sérosités se fait latéralement au niveau des zones donneuses. On se trouvera donc bien de pratiquer quelques perforations sur le greffon, pour éviter tout décollement de ce dernier. Chaque fois que nous avons employé ce procédé, nous avons eu une prise totale des greffons.

— Lorsqu'on a taillé un grand lambeau de rotation, par exemple, pour recouvrir une escarre sacrée, il serait illogique de laisser cette plaie se cicatriser spontanément ou d'essayer de la suturer, par tractions excessives. Pour les petits lambeaux de rotation, il est préférable de placer les fils d'attache du moule, à distance de ce lambeau, plutôt que sur lui-même; ce serait un traumatisme

inutile et dangereux, quand on connaît l'équilibre circulatoire délicat de ces lambeaux.

— La couverture de la zone de prélèvement, par G.D.E., est également utile, dans les larges lambeaux à l'indienne, pour rhinoplastie par exemple. Lorsque la partie inutilisée d'un lambeau revient à sa zone normale, en fin de traitement, la partie correspondante de G.D.E. est excisée.

— Il est rare que l'on ne puisse pas fermer, par suture, les bords de la zone donneuse, après confection d'un tube, surtout au niveau de l'abdomen, du cou ou du thorax; cependant, lorsque l'on fabrique un tube au niveau de la cuisse, on peut avoir besoin de fermer la brèche, par une G.D.E. Il faut alors prendre soin de placer un moule pas trop épais, pour ne pas gêner la circulation du tube. Ce procédé a un avantage : il ne reserre pas la racine du tube, mais il a un inconvénient : les zones cruentées, triangulaires, des deux extrémités du tube, sont difficiles à recouvrir même par un petit retournement du greffon.

— Dans les lambeaux en tunnel (par exemple, pour recouvrir un poignet, ou des doigts), le contact de la peau saine, du côté non blessé qui appuie, pendant une longue période, sur la face cruentée, non cutanée du tunnel, provoque une macération et facilite l'infection du lambeau. Pour éviter cet inconvénient, on peut, soit placer, dix jours avant la plastie, une greffe sous le futur tunnel, qui sera alors prêt à recevoir la zone blessée, soit glisser, extemporanément, ce greffon, entre tissu cellulaire de la zone donneuse et peau saine du membre receveur. La compression est, dans ce dernier cas, assez bonne, mais le temps opératoire est plus long, et les petits frottements sur le greffon lui sont nuisibles.

B) Doublure du lambeau.

— Lorsque l'on veut combler une perte de substance, intéressant deux plans opposés de couverture (par exemple à la joue), on est obligé d'apporter un lambeau revêtu, à sa face profonde, d'un tégument quelconque. Si l'on a pu utiliser un enroulement du lambeau sur lui-même, l'affrontement opposé de deux lambeaux différents, ou encore la création d'un plan muqueux, par décollement de lambeaux directement prélevés sur les bords de la plaie, la solution la plus élégante reste l'emploi d'un greffon



Procédé du « cigare ».

Le cylindre porte-greffe est retiré du tunnel, après « prise » du greffon.



Procédé du « cigare ».

Le lambeau est étalé : la charnière est recouverte.

dermo-épidermique. Pour cela, on glisse dans un premier temps, le greffon sous le futur lambeau, non plus pour recouvrir, par sa face cruentée la zone donneuse, mais au contraire, pour s'opposer, par cette même face, à la face cruentée du lambeau. Ce procédé est également applicable dans la confection de palettes épidermisées sur leurs deux faces et transportées, à l'aide d'un tube sur la brèche réceptrice. Un seul inconvénient à ce procédé est la rétraction possible du greffon et l'envahissement fibreux de son sous-sol, ce qui donne à la palette une moins grande malléabilité.

— Nous avons imaginé, pour recouvrir les charnières des lambeaux à distance (surtout pour le cross-leg flap), l'artifice suivant : utilisant presque toujours le « delayed flap », nous décollons, à l'aide de bougies d'Hégar, un tunnel sous-cutané, au niveau de la charnière du futur lambeau, puis nous glissons, dans ce tunnel, un moule cylindrique en forme de cigare, revêtu d'un greffon cousu, face cruentée à l'extérieur. Au moment du deuxième temps opératoire, on décolle le lambeau préparé et, arrivant sur la paroi distale du tunnel, on l'incise, on retire le moule et l'on a une charnière complètement recouverte. Le lambeau est directement utilisable, il suffit de couvrir le reste de la zone donneuse, à l'aide d'un petit greffon cousu.

Ce procédé permet d'avoir un dièdre de charnière recouvert jusqu'au fond, et de raccourcir le principal temps opératoire.

Un autre procédé (Mir y Mir, Fourrier) consiste à placer, au préalable, non plus un cigare, qui vise surtout à recouvrir la charnière, mais un greffon étendu sous tout le lambeau et replié sur lui-même, au niveau de la charnière.

— Dans certains cas particuliers, on est amené à introduire, dans un tube cutané, un greffon monté sur moule cylindrique. C'est le cas de la phalloplastie, pour avulsion complète de la verge. Le greffon est enfilé dans le grand axe du tube, avant la migration de ce dernier. Lorsque le tube est arrivé à destination, on ouvre l'extrémité distale du canal interne et on suture son extrémité proximale au fragment d'urèthre restant. Cette technique est très élégante, mais elle donne un urèthre antérieur rétractile et sujet à une striction circulaire, au niveau de la suture avec l'urèthre réel ; de fréquents calibrages sont nécessaires.

On aura soin, pour créer ce nouvel urèthre, d'employer un greffon prélevé sur une zone glabre.

C) Complément proprement dit de la plastie.

Il arrive qu'après rotation d'un lambeau, par exemple, on ne dispose pas d'un matériel suffisant pour couvrir toute la zone malade. On s'adresse, là encore, à la G.D.E. Un autre cas se présente fréquemment : après une plastie en Z, exécutée pour une bride cicatricielle, elle-même située au milieu d'une nappe fibreuse plane, mais très rétractile, on ne peut, dans ce cas, que corriger la direction des axes de traction de la bride ; on ne peut songer à recouvrir la vaste plaie, créée par la rétraction centrifuge des bords, après simple incision. Un greffon épais, rectangulaire, couvrira cette zone, on le suturera entre les deux triangles du Z.

D) Un cas particulier :

celui de l'autoplastie, pour agénésie d'oreille, ou pour avulsion traumatique ; on peut, à titre de décollement de la nouvelle oreille, glisser, derrière un lambeau de peau à pédicule antérieur, un greffon replié sur lui-même, pour recouvrir à la fois zoné donneuse et face postérieure de la nouvelle oreille.

INDICATIONS SPÉCIALES

GREFFES D'ASSÈCHEMENT

1. Les ostéites.

Dans les ostéites chroniques, séquelles d'une fracture ouverte, par exemple, au tibia, le plus souvent, Watson Jones a proposé de placer, après curettage, au contact même de l'os, un lambeau dermo-épidermique mince, sinon dans un but d'épidermisation immédiate, tout au moins dans un but d'assèchement. Après curettage ou ablation simple de la fistule, on place une G.D.E. « inlay », maintenue par un moule cousu à la margelle. Nous avons l'habitude de placer, au travers du moule, un petit drain correspondant à une perforation, que l'on pratique sur le greffon. Si le fond osseux n'est pas recouvert immédiatement par l'épiderme, la bordure bourgeonnante qui descend, en pente, vers le point d'ostéite, est, tout au moins, toujours épidermée ; le greffon n'a pas été décollé par les sécrétions possibles, et il a pris entièrement. Dans les cas où le greffon semble avoir échoué, dans son but de recouvrement, il paraît, néanmoins, avoir stimulé, par un effet tissulaire, la fermeture de la fistule. C'est le cas également où la greffe d'une plaie à distance d'une fistule, occasionne la fermeture de celle-ci.

2. Les suppurations chroniques de l'oreille moyenne.

Après évidement partiel (atticotomie, attico-antrotomie), ou évidement total pétro-mastoïdien, il y a intérêt à ne pas attendre la cicatrisation spontanée, interminable, et à recouvrir la surface osseuse avec une greffe cutanée. Ce procédé raccourcit les suites opératoires, la durée de l'épidermisation pouvant être réduite de 4 à 8 semaines. La greffe assure une cicatrisation, sans pro-

cessus de granulations du tissu conjonctif, parfois sténosant, donc à redouter, du point de vue auditif. Un autre gros intérêt réside dans le fait que l'on peut, le plus souvent, réaliser, avec la greffe, l'obstruction de la trompe d'Eustache ; l'orifice tubaire vient, en effet, parfois, prolonger, de façon désespérante, les délais d'apparition de l'assèchement de la cavité d'évidement. La greffe doit être très mince (2 à 3/10) bien que certains préfèrent encore la peau totale. La greffe mince offre une meilleure prise, un meilleur résultat auditif, une surveillance ultérieure plus facile, et l'extériorisation immédiate d'un point d'ostéite récidivant. L'élimination est possible, mais assez rare.

3. La G.D.E. dans la spéléotomie.

Dans les rares indications, où la spéléotomie trouve encore sa raison d'être, il est certain que la G.D.E. apporte des possibilités d'assèchement et d'épidermisation beaucoup plus rapides. La présence de B. K., sur la surface à recouvrir, ne contre-indique pas, a priori, la greffe. Des antibiotiques locaux et, peut-être, l'usage de greffons perforés ou de moules drainés, pourraient assurer une prise plus certaine.

GREFFES DE SOUTIEN

1. Les éventrations.

Nous envisageons là, avant tout, les greffes de peau épaisse, utilisées dans la cure des éventrations et des volumineuses hernies. Il s'agit, dans ce cas, plus d'une prothèse vivante, que d'une greffe. Le lambeau est cousu bord à bord, à la brèche aponévrotique et, tendu comme une sangle en avant des anses intestinales, constitue une paroi solide.

Quelques questions de détail restent encore controversées :

— L'épaisseur de la greffe. Il faut certainement un greffon épais, solide. Pour cette raison, de nombreux auteurs utilisent de la peau totale, prélevée sur l'abdomen, notamment. Mais il semble qu'il y a intérêt à enlever l'épiderme du greffon, générateur de petits kystes épidermiques, et dont la stérilité microbienne

n'est pas certaine. Or, la peau abdominale de la femme grasse et surtout multipare, est mince, avec une trame conjonctive relâchée ; la désépidermisation du lambeau l'affaiblirait trop. La meilleure solution semble résider dans le prélèvement à la cuisse d'un greffon dermique total, après ablation au rasoir de la couche épidermique. On replace, ensuite, celle-ci, sur la zone de prélèvement.

Le greffon est certainement plus stérile et constitue une sangle suffisamment solide.

— L'orientation à donner au greffon. Certains auteurs le placent, face profonde du derme, en dehors, mais, malgré l'ablation de l'épiderme, et, à plus forte raison, si l'on a utilisé de la peau totale, il semble qu'il serait préférable d'extérioriser les formations kystiques et de donner issue, vers l'extérieur, aux organismes microbiens. La qualité du résultat ne dépendant pas, par ailleurs, de l'orientation du greffon.

2. Les omphalocèles.

Parfois, c'est toute la paroi abdominale que la G.D.E. est appelée à remplacer, tout au moins, à titre temporaire. C'est le cas des larges omphalocèles. Un grand greffon dermo-épidermique est prélevé sur la mère, placé directement sur la poche, et cousu bords à bords circulairement, avec la peau saine. Comme toutes les homogreffes, celle-ci « prend » bien, mais tombe, du trentième au quarantième jour. La brèche est, quand même, restée fermée, durant cette période, et a permis au nourrisson d'amorcer sa courbe de poids et d'assurer les frais d'une intervention plus délicate.

3. Les prolapsus d'anus artificiel.

Dans le traitement du prolapsus de certains anus artificiels, la G.D.E. peut constituer un élément intéressant et permettre de recouvrir l'intestin. Elle contribue, grâce à sa rétraction secondaire, à former un orifice plus continent.

4. Les pertes de substance diaphragmatiques.

Enfin, dans le domaine de l'expérimentation, on a pu (Geever) réparer par des G.D.E., des pertes de substance du diaphragme, créées, chirurgicalement, chez le chien, et faisant communiquer

cavité pleurale et péritoine. Les brèches étaient faites de façon à simuler les hernies congénitales. Les plasties pédiculées donnèrent des résultats bien moins intéressants. La rétraction secondaire de la G.D.E. fut constatée dans 30 % des cas, au quatrième mois. Mais elle n'a jamais paru gêner, au cours des examens radiologiques, le jeu du diaphragme. Des adhérences se formèrent entre G.D.E., poumons, et viscères abdominaux; adhérences qui ne donnèrent aucune gêne. L'histologie du greffon montra une dégénérescence typique des follicules pileux, et de petits abcès microscopiques, à la place des glandes sébacées. Grâce aux antibiotiques et à la moindre septicité de la peau humaine, l'auteur envisage de tenter cette méthode chez l'homme.

GREFFES DE CONDUITS, ORIFICES OU CAVITÉS

1. Sténose du C.A.E. ou d'un orifice narinaire.

Après résection large du bloc cicatriciel, autour de l'orifice sténosé ou complètement atrésié, on place, dans le conduit cruenté ainsi créé, une greffe épaisse, maintenue sur un moule, face cruentée en dehors. Le moule est perforé d'un drain filiforme, et cousu au méat; huit jours après, on enlève le moule, le greffon a pris à 100 %. Il est deux conditions à la réussite de ce procédé: il faut, d'abord, prévoir très large et calibrer ensuite, avec beaucoup de soins, l'orifice ainsi obtenu, de façon à lutter contre la rétraction, fatale, du greffon.

2. Sinusite frontale.

Dans la sinusite frontale, certains auteurs, après avoir élargi le canal fronto-nasal, dans un but de drainage, ont revêtu les parois de ce canal à l'aide d'une greffe G.D.E., pour éviter sa sténose progressive.

3. Sténose laryngée.

Dans les sténoses étendues du larynx, Fiji, enlevait, après laryngotomie, le tissu cicatriciel et, au besoin, le cartilage épaissi et déformé, puis il plaçait une G.D.E. Guns et Ombrédanne utili-

sent, également, cette méthode ; enroulant un lambeau dermo-épidermique autour d'un tube de résine acrylique, ils fixent l'ensemble au larynx, par quelques points de suture. Ils enlèvent l'appareil de prothèse, trois semaines à trois mois plus tard, sous laryngoscopie directe.

4. Sténose broncho-trachéale.

Gebauer, sur le plan expérimental, a tenté d'utiliser la G.D.E. pour la restauration d'une sténose broncho-trachéale.

5. Absence congénitale de vagin.

Opposée aux opérations de Schubert et de Baldwin-Mori, par sa bénignité, la méthode de la G.D.E., utilisée dans la création d'un nouveau vagin, s'oppose également, par sa rapidité et sa simplicité, aux plasties pédiculées et aux simples calibrages avec attente de l'épidermisation spontanée.

Après clivage de l'espace vésico-rectal, pratiqué très haut, jusqu'à apparition du cul-de-sac péritonéal, on introduit dans cette nouvelle cavité, un moule cylindrique revêtu d'un greffon D.E., face cruentée tournée vers l'extérieur.

Quelques points de détail sont importants : il faut prévoir trop grand, pour pallier à la rétraction secondaire du greffon, qui est inévitable. Il faut également assurer au greffon une compression suffisante, contre les parois de la néo-cavité. On a utilisé des moules en stent, en résine acrylique ; Lagrot préfère les moules en gaze vaselinée (fabriquée avec de la vaseline, dont le point de fusion est supérieur à 37°), moins traumatisants pour le greffon et pour l'urèthre. Les points d'attache sont fixés au pourtour de l'orifice vulvaire.

On a également pensé drainer les exsudats, par des moules creux, perforés. Nous pensons qu'une bonne compression pourrait être assurée par un ballonet ovalaire, en caoutchouc, gonflé d'air ou de liquide, qui assurerait une pression douce et uniforme. On a, de toute façon, intérêt à coudre, ensemble, les deux bords du greffon, et à assurer, soit par un second greffon, soit par plicature du premier, la couverture soigneuse de la coupole. Une sonde uréthrale est laissée jusqu'au premier pansement, que l'on enlève au huitième jour. Le greffon est alors arrosé de sérum tiède. A partir du quinzième jour, le calibrage doit être répété

quotidiennement et pratiqué à l'aide de bougies, enduites d'un corps gras. Si cette règle n'est pas suivie rigoureusement, pendant plusieurs mois, la nouvelle cavité se rétrécit et perd de sa hauteur, du fait de la rétraction du greffon. Si l'opérée donne à ce néo-vagin une rapide utilisation physiologique, le résultat doit être excellent.

Au point de vue biologique, il semble que le greffon, sans revêtir l'aspect d'une muqueuse vaginale normale, présente, cependant, certaines modifications : l'épiderme perd son stratum granulosum et les annexes cutanées disparaissent. Les cellules épidermiques se chargent en glycogène.

La G.D.E. apporte donc, si certaines conditions sont réalisées, un gros progrès, dans la chirurgie des aplasies vaginales, car elle représente un procédé simple, bénin et efficace.

6. Hypospadias.

Dans certains hypospadias péno-scrotaux, après allongement préalable de la verge, Mac Indoe (après Nové-Josserand) utilise la G.D.E., pour créer un nouvel urèthre pénien. Après avoir fait deux petites incisions, l'une juste au delà de l'orifice anormal de l'urèthre et l'autre, au niveau du futur méat, il introduit, par la première incision, un perforateur, revêtu d'un drain en gomme, habillé lui-même d'un greffon D.E., prélevé sur la face interne glabre du bras. Puis, il enlève le perforateur, laissant le drain et son greffon. La verge est, alors, entourée d'un bandage qui comprime la greffe et évite toute érection. Puis, le drain est enlevé, dix jours plus tard, et le nouvel urèthre est calibré pendant six mois, par une prothèse permanente. La suture « nouvel urèthre-méat ancien » est alors pratiquée. Les résultats en sont excellents, au point de vue morphologique et fonctionnel.

7. Sillon gingivo-labial.

Pour créer un nouveau sillon gingivo-labial, on peut, après incision de la muqueuse, et dissection profonde des parois du futur sillon, placer une greffe Inlay. Celle-ci ne revêt jamais les caractères d'une muqueuse mais s'adapte parfaitement à sa fonction.

8. Cavités orbitaires comblées.

On sait la difficulté, sinon de recouvrir, d'une greffe, une cavité orbitaire, dans le but d'y loger, une prothèse, tout au moins, de conserver cette cavité assez grande pour remplir cette fonction. Pour remédier à la rétraction fatale du greffon, Lagrot procède comme suit : Dans un premier temps, il pratique une G.D.E. « inlay » banale, puis, après avoir attendu trois à six mois, date limite de la rétraction, il fait deux incisions, l'une sur le bord supérieur de la greffe et l'autre, sur le bord inférieur (en deux temps). Puis il dissèque, à nouveau, la cavité, au-dessus et au-dessous du greffon, et place, sur ces deux zones cruentées, deux nouveaux greffons D.E. Ainsi, malgré la rétraction des greffons, la juxtaposition de leurs trois surfaces procure une cavité convenable. Il y a intérêt à placer, immédiatement après l'opération, une prothèse d'attente pour lutter contre la rétraction.

9. Reconstitution de conduits laryngé et œsophagien, après exérèse de cancer.

La G.D.E. n'intervient, là, que comme méthode de complément des plasties pédiculées. Nous ne pouvons rentrer dans le détail des très nombreuses techniques proposées, sachant seulement que la G.D.E. peut être utilisée en tant que paroi antérieure ou postérieure du larynx ou du pharynx. La chirurgie reconstructive, après exérèse pour cancer, est souvent décevante, car longue et émaillée de complications, dues aux irradiations et à la nature même de la maladie.

10. Greffes intra-péritonéales.

Ch. Horton a expérimenté, récemment, les G.D.E. et les greffes dermiques, dans la cavité péritonéale. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

— La G.D.E. vit normalement au contact du péritoine viscéral et pariétal.

— Elle vit, également, au contact des surfaces dépéritonisées.

— Elle donne formation à des kystes, lorsqu'elle est placée au contact du péritoine, et non sur des surfaces déperitonisées.

— La G.D.E. se rétracte, voit sa croissance pileuse stoppée.

— La G.D.E. produit un effet hémostatique certain sur les hémorragies du foie et de la rate.

— La G.D.E. croît sur l'aorte et augmente l'épaisseur de celle-ci.

— La greffe dermique vit dans la cavité abdominale, contre le péritoine, se rétracte peu et ne donne que peu de kystes.

GREFFES DE COMPLEMENT

Il s'agit-là, davantage de greffe dermique que dermo-épidermique. En effet, on évite d'inclure des fragments d'épiderme pour prévenir la formation possible de kystes épidermiques. On prélève donc le greffon dermique, après avoir enlevé un lambeau épidermique.

— pour la face, dans les séquelles d'enfoncement traumatique, par exemple, on utilise de petits fragments de derme, découpés de plus en plus petits, et empilés, les uns sur les autres, en forme de pyramide. On inclut ce bloc sous la peau, en le fixant solidement aux plans sous-jacents.

— pour traiter des hypotrophies mammaires ou pour reconstituer un sein, après son ablation chirurgicale ou traumatique, H.O. Bames recommande d'utiliser des lambeaux dermo-graisseux, prélevés à la fesse, après désépidermisation. Il faut compter sur une résorption de 30 %, environ, et prévoir plus grand.

— dans la cure des thorax en entonnoir qui ne présentent qu'une indication morphologique. chez la jeune fille, et sans aucun trouble fonctionnel, on peut utiliser le même procédé. L'hémostase doit être rigoureuse, pour éviter un hématome, cause possible d'élimination de la greffe. On place un pansement compressif très serré.

GREFFES, DANS LA CHIRURGIE DE LA SURDITÉ

Qu'il s'agisse d'oto-spongiose (Clerc, Aubin) ou d'aplasie de l'oreille (M. Ombrédanne), on fenêtré l'organe vestibulaire, et on recouvre cet orifice, avec un fragment cutané. Il peut s'agir d'un lambeau pédiculé tympano-méatal (Sourdille). La greffe de peau libre a de nombreux avantages sur le lambeau : pas de fragment ostéo-périosté, pas de graisse, pas de suintement. Il peut s'agir, également, d'un greffon de peau totale, plus solide, pour certains, mais, ces dernières années, on a tendance à utiliser une G.D.E. mince, de 2 à 3/10 de millimètre. La greffe mince « prend » mieux et semble donner de meilleurs résultats fonctionnels.

La G.D.E. (10 cm²) est divisée en petits fragments que l'on comprime, à l'aide de gaze paraffinée, sur la fenêtré et son voisinage osseux, sur la cavité mastoïdienne et le mur du facial, et sur les espaces libres de la cavité attico-antrale.

Les résultats acoustiques sont excellents.

GREFFES A VISÉE ORTHOPÉDIQUE

I. Greffe en tunnel porte-prothèse.

A la réunion du 20 mars 1954 de la Société Française de Chirurgie plastique, M. Ombrédanne a présenté une technique intéressante, pour remédier à l'agénésie d'oreille par une autre méthode que les longues, et imparfaites, otoplasties. Il fabrique deux petits tunnels sous-cutanés, doublés d'une G.D.E., montée sur moule, l'un au-dessus et en arrière du C.A.E., l'autre au-dessous et en arrière de lui. On place, ensuite, dans ces deux tunnels, une lame métallique amovible courbe et présentant trois petites

vis à tête sphérique. Il suffit alors, par un système de boutons pression, de plaquer une prothèse en matière plastique sur les trois têtes de vis de la lame.

Ce procédé présente un avantage considérable sur les prothèses collées ; l'ablation ou la pose de la prothèse et de la tige demandant quelques secondes.

2. Greffes dans les cinématisations de moignons.

Les cinématisations de moignons nécessitent la création de tunnels cutanés où la G.D.E. peut rendre certains services. (Notamment dans le procédé de Delitala-Pelligrini, ou de Sauerbruch, lorsque le tube cutané se sphacèle, ou lorsque la suture nécessite une trop grande traction.)

Nous avons éliminé, dans cette étude, les lanières de peau totale utilisées dans la réfection de ligaments articulaires et dans le « laçage » de hernies ou éventrations.

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

BRULURES

OBSERVATION I

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Go..., F., 3 ans.

Brûlure, à l'acide, de la face antérieure du coude.

5 août 1951 : vu au stade de plaie granuleuse. Préparation au Dakin.

8 août : G.D.E. 4/10 de mm. 30 cm². Gouttière en extension.

18 août : prise 98 %.

OBSERVATION II

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Qu..., F., 65 ans.

29 novembre 1951 : brûlure à la cire enflammée, face antéro-interne des cuisses, faces antérieure et postérieure des deux mains, face interne de l'avant-bras et du bras, hypocondre droit (35 %).

7 décembre 1951 : apparition d'escarres bien limitées.

Prise : 90 %.

5 janvier 1952 : G.D.E. timbres-poste, cuisse droite. 200 cm².

23 décembre 1951 : excision chirurgicale des escarres.

Avant une greffe itérative, envisagée huit jours après, la malade meurt d'une hémorragie utérine foudroyante.

OBSERVATION III

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ar..., H., 25 ans. Brûlure granuleuse datant de 14 mois, sur toute la hauteur de la face externe de la jambe droite.

Excision. G.D.E. 350 cm². Prise : 96 %.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Al..., H., 25 ans. Brûlure du thorax et des deux bras, par explosion de réchaud à alcool.

Troisième degré intriqué. 100 cm².

G.D.E. timbres-poste. Prise : 98 %. Chéloïdes importantes.

OBSERVATION V

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ma..., F., 45 ans. Plaie granuleuse par brûlure, datant de plusieurs mois. 100 cm². Face externe jambe.

Excision. G.D.E. Prise : 80 %.

G.D.E. itérative. Prise : 98 %.

OBSERVATION VI

(Service du Professeur Agrégé-J. Marion)

La..., F., 35 ans. Brûlure par chalumeau, du dos de la main. Plaie atone. 4 cm². Datant de plusieurs mois.

G.D.E. après excision. Prise : 100 %.

Récidive. Greffe de Davis. Prise : 100 %.

Récidive. Plastie à l'italienne, abdomen. Prise : 99 %.

Récidive. Une immobilisation plâtrée totale de tout le membre supérieur tranche la question, en amenant une guérison totale.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur Guilleminet)

Fa..., 2 ans. Brûlure par incendie de son lit. Cuir chevelu 80 cm², plus aisselle droite (30 cm²), plus aisselle gauche et face interne du bras gauche (80 cm²) et face antérieure de l'avant-bras gauche (30 cm²).

Vu au stade secondaire précoce, après élimination des escarres.

Abrasion. Greffe en trois interventions. Prise : 98 %, sauf au crâne : 15 %.

Greffe itérative après perforation de la table externe. Prise : 98 %.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur Guilleminet)

Re..., H., 3 ans. Brûlure, par ébouillement, du thorax : 40 cm².

Abrasion des bourgeons. G.D.E. Échec 100 % (streptocoque).

La famille refuse une greffe itérative.

Cicatrisation spontanée en un mois.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur Guilleminet)

Bo..., H., 5 ans. Brûlure, par courant à haute tension, des deux mains.

Après élimination de l'escarre, greffe de 30 cm² × 2. Prise : 98 %.

Greffe à l'italienne, secondaire, au niveau du poignet, pour permettre une ténoplastie ultérieure.

OBSERVATION X

(Service du Professeur Guilleminet)

La..., H., 1 an 1/2. Brûlure par ébouillantage, du thorax.
Greffée au stade granuleux. 50 cm². Prise : 95 %.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur Agrégé Peycelon)

X..., F., 55 ans. Epileptique. Tombée sur son poêle. Brûlure de la cuisse : 200 cm².

G.D.E., après abrasion, au stade secondaire précocé. Prise : 80 %.

Mort, huit jours après, de cause indéterminée.

OBSERVATION XII

(Service du Professeur Agrégé Clavel)

Fr..., F., 45 ans. Brûlure de l'aisselle, débordant largement sur le thorax et le bras.

Vu au stade ulcéro-cicatriciel ; bras collé au corps. Plaie de 50 cm².

Excision de la cicatrice et G.D.E. 360 cm². Prise : 98 %.

Résultat fonctionnel remarquable.

OBSERVATION XIII

(Service du Professeur Agrégé Creysse)

X..., F., 1 an 1/2. Brûlure de la poitrine par sinapisme. 40 cm².

G.D.E. Prise : 98 %.

Devant la rétraction de la greffe, on pratique sur celle-ci, des onctions de pommade à l'hydro-cortisone.

Trois jours après, apparition de trois ulcérations, de la taille d'une pièce de 5 francs. Mammite. Abscesses à la base du cou.

On arrête l'hydro-cortisone. Les phénomènes infectieux disparaissent, la cicatrisation se fait.

OBSERVATION XIV

X..., H., 3 ans. Brûlure sur face interne du bras. 30 cm². Vu au stade secondaire tardif. Abrasion. G.D.E. Prise : 80 %.

OBSERVATION XV

(Service du Professeur Agrégé Creysse)

X..., H., 45 ans. Brûlure à la soude caustique, de la face postéro-interne de la jambe, au stade ulcéro-cicatriciel : 100 cm².

Excision. G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XVI

(Service du Professeur Agrégé Creysse)

X..., F., 68 ans. Brûlure face interne coude, se prolongeant sur le bras et l'avant-bras. Stade bourgeonnant. 120 cm².

Curettage des bourgeons. G.D.E. Malade en cours.

OBSERVATION XVII

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., F., 2 ans. Brûlure troisième degré, paume de la main (chute sur fourneau).

Excision de la peau et du tissu cellulaire, à la dixième heure. G.D.E. 5/10 de mm. Prise : 90 %.

PLAIES TRAUMATIQUES

Nous n'avons presque jamais eu l'occasion de greffer une plaie traumatique, dans les premières heures de l'accident. Toutes nos plaies traumatiques concernent des greffes secondaires précoces, au stade de granulations ou de plaies chroniques, si ce n'est une, dans les deux premières heures après l'accident.

Membre inférieur

OBSERVATION I

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ja..., H., 16 ans.

Mars 1950 : scalp face antéro-interne cuisse droite, pénis, héli-scrotum.

3 juillet 1950 : greffe libre cousue, par les Docteurs J. Marion et Juttin. Prise : 97 %. Le pénis se fixe contre la cuisse droite et s'enlise, dans une cicatrisation spontanée. Cicatrice vicieuse, chéloïdienne, sur le bord externe de la greffe.

Juin 1951 : excision du massif cicatriciel. Suture à la partie inférieure. Greffe libre : 50 cm². Prise : 99 %.

Septembre 1951 : dissection des corps caverneux sur toute leur longueur. Mise de la verge en nourrice, sous la peau de l'abdomen. L'emplacement précédent est greffé, dans sa partie inférieure (G.D.E. : 40 cm² ; prise : 100 %), et suturé, à sa partie supérieure.

Octobre 1951 : libération de la verge et du lambeau abdominal. La zone de prélèvement est greffée (G.D.E. : 60 cm²). Suites troublées (érection, sonde à demeure arrachée. Prise : 70 %). Cicatrisation spontanée des 30 % restants, amenant un étranglement de la racine de la verge.

Décembre 1951 : excision de cette cicatrice. G.D.E. épaisse. 20 cm², cousue. Prise : 98 %.

Janvier 1952, le malade sort, avec une verge entièrement recouverte et une zone de prélèvement complètement cicatrisée.

OBSERVATION II

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

To..., H., 43 ans. Juin 1951.

Fracture ouverte des deux os de la jambe.

Un mois après, G.D.E. sur plaie granuleuse. 20 cm². Prise : 100 %.

OBSERVATION III

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Pe..., H., 39 ans. Plaie ancienne face antéro-externe de la jambe.

Juillet 1951 : excision. G.D.E. 60 cm². Prise : 98 %.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Go..., H., 46 ans. Fracture des deux os de la jambe avec plaie, face antéro-externe.

Octobre 1951 : G.D.E. 20 cm². Prise : 99 %.

Novembre 1951 : greffe d'une escarre talonnière due au plâtre. Excision. 25 cm². Prise : 98 %.

OBSERVATION V

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Pl..., H., 41 ans. Plaie récente de la face antérieure de la jambe.

Novembre 1951 : G.D.E. 20 cm². 6/10 mm. Echec (indiscipline).

OBSERVATION VI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Vu..., F., 35 ans. Scalp face externe de la jambe datant d'un mois.

Décembre 1951 : G.D.E. 160 cm². Prise : 97 %.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Fa..., F., 56 ans. Maladie de Paget. Fracture spontanée de la jambe. Plâtre. Escarre au niveau du tiers inférieur de la face externe de la jambe. Mise à nu des tendons.

Décembre 1951 : excision du tissu nécrosé et rotation d'un lambeau de voisinage à large pédicule, pour recouvrir le tendon. G.D.E. de complément pour couvrir la zone de prélèvement. 150 cm². Prise : 80 %. Sphacèle de la pointe du lambeau.

— Après bourgeonnement de la partie sphacélée qui s'est éliminée, nouvelle G.D.E. Prise : 99 %.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Bo..., H., 42 ans. Fracture ouverte des deux os de la jambe.

Décembre 1951 : G.D.E. sur plaie granuleuse propre. 25 cm². Prise : 98 %.

Après réintervention sur foyer de fracture : nouvelle plaie. Fermeture médiane à l'aide de deux débridements latéraux.

G.D.E. 30 cm² × 2. Prise : 100 %.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Re..., H., 41 ans. Amputation trans-métatarsienne, après écrasement de l'avant-pied droit, associée à un scalp (200 cm²) de toute la plante du pied. Amputation du tiers supérieur de la jambe gauche.

Mai 1953 : préparation d'un très large lambeau sur la cuisse gauche. Technique du cigare. Greffe en tunnel de 20 cm. de long sur 3 cm. de diamètre. Prise : 99 %.

Quinze jours après, libération du lambeau. G.D.E. sur la surface restante (200 cm². Prise : 95 %) et suture du lambeau sur la plaie plantaire. Prise totale.

— Une petite ulcération s'étant formée, sur le bord postérieur du lambeau, on fait une G.D.E. 20 cm². Prise : 99 %.

OBSERVATION X

(Service du Professeur Guilleminet)

Ro..., F., 5 ans. Scalp du talon avec lésion osseuse et phénomènes de brûlure par rayons de roue. Plaie longtemps atone et refusant de bourgeonner.

G.D.E. 25 cm². Prise 100 %, sauf sur la portion du calcanéum dénudé.

— Excision de la greffe, qui n'avait qu'un but d'assèchement, et couverture de la plaie, par un double lambeau de rotation, type Imré, complété par une petite G.D.E. sur la zone de prélèvement. Prise : 100 %.

OBSERVATION XI

(Services du Professeur Guilleminet et du Professeur Agrégé Creyssell)

Cu..., H., 26 ans. Scalp face interne de la cheville gauche, débordant sur la plante. 1953.

— Excision plaie ancienne. G.D.E. 100 cm². Prise : 100 %.

— Après ulcération, due au port de la chaussure : cross-leg sur cuisse opposée (le mollet étant indisponible). Pour ce temps : greffe en tunnel suivant la technique du cigare (95 %) et greffe secondaire de recouvrement de la zone restante après utilisation du lambeau. Prise : 98 %.

OBSERVATION XII

(Service du Professeur Agrégé Clavel)

X..., H., 30 ans. Plaie des parties molles de la face externe du genou droit. 1953.

Abrasion des bourgeons. G.D.E. 50 cm². Prise : 100 %.

OBSERVATION XIII

(Services des Professeurs Agrégés Matthieu et J. Marion)

Po..., H., 41 ans. Fracture ouverte de la jambe. Plaie résiduelle bourgeonnante. Lésions eczémateuses autour de la plaie. Ethylisme.

Janvier 1954 : préparation d'un lambeau cross-leg par procédé du cigare, sur mollet opposé. Puis huit jours après, suture du lambeau. Indiscipline du malade. Echec.

— Curettage des bourgeons macérés et G.D.E. 10 cm². Prise : 80 %.

OBSERVATION XIV

(Service du Professeur Agrégé Peycelon)

X..., F., 50 ans. Scalp du mollet, par morsure de chien.

Mai 1954 : trois semaines après la blessure, abrasion des bourgeons. G.D.E. 130 cm². 4/10 de mm. Prise : 98 %.

OBSERVATION XV

(Service du Professeur Bertrand)

X..., F., 35 ans. Scalp de toute la face postérieure de la jambe et d'une partie des faces interne et externe.

1954 : greffe secondaire après abrasion des bourgeons. 500 cm². Cousue et moule vaseliné. Prise : 98 %.

OBSERVATION XVI

(Docteur Francillon)

X..., H., 30 ans. Plaie traumatique récente du creux poplité.

1954 : excision. Greffe cousue. 100 cm². Prise : 99 %.

Membre supérieur

OBSERVATION XVII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ca..., H., 47 ans. Plaie granuleuse récente face antérieure de l'avant-bras.
Juillet 1951 : G.D.E. 40 cm². 4/10 de mm. Prise : 95 %.

Retouche, à l'aide de deux fragments de peau conservés à la glacière.
Trois semaines après, cicatrisation complète.

OBSERVATION XVIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Co..., H., 30 ans. Diabétique. Plaie granuleuse de la face antérieure de l'index.

Août 1951 : excision des bords de la plaie, utilisant deux incisions latérales, sur les faces latérales de l'index.

G.D.E. 15 cm² de 4/10 de mm. Cousue plus moule. Immobilisé en extension. Prise : 100 %. Résultat fonctionnel parfait.

OBSERVATION XIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ge..., H., 45 ans.

Août 1951 : section, en sifflet, de la pulpe du pouce.

Huit jours après, G.D.E. épaisse 8 cm². Cousue. Echec apparent.

Cicatrisation sous la greffe trois semaines après.

OBSERVATION XX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

X..., H., 35 ans. Ecrasement du rebord cubital de la main. Plaie granuleuse.

1952 : G.D.E. 60 cm². 4/10 mm. Prise : 70 % (hématome).

OBSERVATION XXI

(Services du Professeur Guilleminet et du Professeur Agrégé Creyssel)

He..., H., 18 ans. Ecrasement de la phalangette des trois derniers doigts, plus scalp total des phalanges et phalangines de ces doigts, et du quart distal de la paume et du dos de la main. Plaie profonde de la face antérieure de l'index. Main droite.

Février 1953 : amputation des trois phalangettes. Parage (par chirurgien de garde).

Douze jours après : abrasion des bourgeons et G.D.E. 4/10 de mm., en forme de gant, bivalve, suturée en suivant les bords latéraux des doigts. Prise : 99 %.

Un mois après, en raison de la fragilité de la greffe, qui n'avait qu'un but de couverture momentanée, excision des faces palmaires des quatre derniers doigts que l'on place dans quatre tunnels, taillés sous la peau de la fesse, et garnis, au préalable, de quatre petits greffons de 10 cm², orientés, face cruentée contre muscle. Prise des greffons : 95 % (suppuration staphylocoque).

Trois semaines après : libération des lambeaux. Le malade reprend son travail au bout de deux mois et se plaint bientôt d'ulcérations récidivantes sur le dos des doigts.

Mars 1954 : excision de la greffe libre recouvrant les faces dorsales des trois derniers doigts et plastie à l'italienne dans trois tunnels sous-cutanés au niveau du thorax. Greffon sur la paroi postérieure des tunnels. Prise : 80 %.

Libération des lambeaux. Suture aux lambeaux de la face antérieure des doigts. Cicatrisation totale fin mai.

OBSERVATION XXII

X..., F., 45 ans. Scalp ancien circulaire du tiers supérieur du bras, sur 8 cm. en arrière, 5 cm. en avant.

Avril 1954 : abrasion des bourgeons. G.D.E. 6/10 mm. Prise : 98 %.

Face

OBSERVATION XXIII

(Service du Professeur Duclos)

Ge..., F., 60 ans. Gros traumatisme de la face. Complexe. Ayant laissé, notamment, une plaie granuleuse, sus-orbitaire gauche. Curettage bourgeons. G.D.E. 30 cm² ; 6/10 mm. Prise : 100 %.

Grefte immédiate

OBSERVATION XXIV

(Service d'urgence, Docteur Lecuire)

X..., H., 35 ans. Fracture, par écrasement, de la malléole interne, associée à un scalp de la même région, de 150 cm². Ablation des fragments libres de la malléole, excision de la peau mâchée et brûlée par le pneu. G.D.E. immédiate, 3 à 5/10 de mm., après essai de reconstitution d'un plan aponevrotique, entre l'os et la greffe.

Prise au cinquième jour : 96 %. L'os est entièrement recouvert.

PLAIES APRÈS EXCISION

I. Processus infectieux

OBSERVATION I

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Bo..., H., 31 ans. Ulcère malléolaire externe, consécutif à piqûre de chique, deux ans auparavant. 25 cm². Excision : G.D.E. 100 cm². Prise : 90 %.

OBSERVATION II

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Du..., F., 20 ans. Hidrosadénite tuberculeuse des deux aisselles. Ulcération déchiquetée, avec B. K. Excision, G.D.E., sous antibiotiques, 150 cm² × 2. Prise : 95 %. Cicatrisation chéloïdienne d'un bord. Greffe itérative bilatérale. Prise : 98 %. Transformation spectaculaire de l'état général.

OBSERVATION III

(Service du Professeur Guilleminet)

Ch..., H., 50 ans. Lésions à type de pyodermite végétante. 150 cm² sur le tiers supérieur de la jambe, développées sur fistule d'ostéomyélite chronique, datant de 20 ans. Trois biopsies négatives.

Excision. G.D.E. 180 cm². Prise : 100 %. Devant la persistance de la fistule, de gros dégâts radiologiques, et sur la demande du malade : amputation, mais sur terrain non infecté.

Une G.D.E. avait échoué dans la fistule même, après curetage.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur Guilleminet)

Pe..., H., 45 ans. Lésions à type de pyodermite végétante. 150 cm². Développée sur fistulette d'ostéomyélite chronique, datant de trente ans, du tiers supérieur du tibia. Biopsies négatives.

Excision. G.D.E. 250 cm². Prise : 100 %.

Réulcération. Biopsie : spino-cellulaire. Excision. G.D.E. itérative. 100 %. Radiothérapie. Guérison depuis un an.

OBSERVATION V

(Service du Professeur Agrégé Clavel)

X..., H., 45 ans. Phlegmon diffusant du membre inférieur droit, avec élimination presque totale de la peau de la jambe. 350 cm². Abrasion des bourgeons, au stade granuleux. Excision des bords. G.D.E. 400 cm². Prise : 94 %.

2. Ulcérations chroniques

OBSERVATION VI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Bo..., H., 70 ans. Ulcère variqueux de la malléole externe.
Ancienneté de la maladie ulcéreuse : 35 ans.
Ancienneté de l'ulcère : 35 ans.
Début de la poussée actuelle : 2 ans.
8 cm². Excision. G.D.E. 20 cm². Prise : 98 %.
Récidive dans les trois mois. G.D.E. itérative.
Récidive. Traitement médical.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Wa..., H., 50 ans. Ulcère post-phlébitique. Malléole interne.
Anciennetés : 10 ans, 10 ans, 2 mois.
4 cm². Excision. G.D.E. 12 cm². Prise : 99 %.
Récidive dans les trois mois.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Th..., F., 71 ans. Ulcère post-phlébitique, face antéro-interne de la jambe.
Anciennetés : 20 ans, 20 ans, 18 jours.
19 cm². Excision. G.D.E. 91 cm². Prise : 95 %.
Récidive un mois après. Cicatrisation rapide.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ro..., F., 38 ans. Ulcère post-phlébitique, semi-circulaire, des deux malléoles et de la face antérieure du cou-de-pied.
Anciennetés : 6 ans, 6 ans, 6 ans.
120 cm². Excision. G.D.E. 140 cm². Prise : 97 %.
Récidive dans les six mois. G.D.E. itérative. Prise : 99 %.
Récidive.

OBSERVATION X

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ch..., H., 52 ans. Ulcère variqueux de la face antéro-interne de la jambe.
Anciennetés : 6 ans, 6 ans, 5 mois.
59 cm². Excision. G.D.E. 100 cm². Prise : 95 %.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Sa..., F., 54 ans. Ulcération, sur membre paraplégique, du tiers inférieur de la jambe.
Anciennetés : 10 ans, 10 ans, 10 ans.
100 cm². Excision. G.D.E. 123 cm². Prise : 96 %.

OBSERVATION XII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Co..., H., 73 ans. Ulcère post-phlébitique de la face postérieure du mollet.
Anciennetés : 18 ans, 1 an 1/2, 1 an 1/2.
102 cm². Excision. G.D.E. 110 cm². Prise : 97 %.

OBSERVATION XIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Nu..., F., 50 ans. Ulcère variqueux sus-malléolaire interne.
Anciennetés : 25 ans, 1 an, 5 mois.
4 cm². Excision G.D.E. 20 cm². 100 %.

OBSERVATION XIV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Fe..., F., 56 ans. Ulcère sus-malléolaire interne, d'origine veineuse, sur une rhumatisante évolutive.
Anciennetés : 9 mois, 9 mois, 9 mois.
120 cm². Excision. G.D.E. 150 cm². Echec par pyocyanique.

OBSERVATION XV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ju..., F., 74 ans. Capillarite nécrotique de la face interne de la jambe.
Anciennetés : 7 mois, 7 mois, 7 mois.
15 cm². Excision. G.D.E. 80 cm². Prise : 98 %.
Récidive, un an après.

OBSERVATION XVI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Gi..., H., 45 ans. Ulcère variqueux sus-malléolaire interne.

Anciennetés : 3 ans, 3 mois, 3 mois.

9 cm². Excision. G.D.E. 15 cm². Prise : 80 %.

Récidive, un mois après.

OBSERVATION XVII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

An..., F., 62 ans. Ulcère post-phlébitique de la malléole interne.

Anciennetés : 16 ans, 16 ans, 3 ans.

25 cm². Excision G.D.E. 30 cm². Echec.

Une sympathectomie périfémorale, plus une résection des varices sous-jacentes à l'ulcère, guérissent ce dernier.

OBSERVATION XVIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

He..., H., 35 ans. Ulcère trophique, intra-cicatriciel, de la face postérieure de la jambe.

Anciennetés : traumatisme 14 ans, ulcère 1 an.

80 cm². Excision G.D.E. 140 cm². 96 %.

OBSERVATION XIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Gi..., F., 42 ans. Ulcère post-phlébitique de la face antérieure de la jambe.

Anciennetés : 3 ans, 3 ans, 3 ans.

120 cm². Excision-G.D.E. 125 cm². Prise : 98 %.

OBSERVATION XX

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

La..., H., 49 ans. Ulcération intra-cicatricielle de la face externe du genou, d'origine anaphylactique, après injection, à distance, de S.A.T.T.

Ancienneté : 4 mois.

20 cm². Excision. G.D.E. 160 cm². Prise : 95 %.

Arthrodèse pour position vicieuse. Ostéite. Curettage. G.D.E. 20 cm².
Prise : 80 %.

OBSERVATION XXI

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Pa..., H., 68 ans. Ulcération trophique sur cal exubérant du tiers inférieur de la jambe.

Ancienneté : 6 mois.

16 cm². Excision G.D.E. 25 cm². Prise : 100 %.

OBSERVATION XXII

Re..., F., 60 ans. Ulcération post-phlébitique des quatre malléoles.

Ancienneté : plusieurs années.

16 cm² × 4.. Excision. G.D.E. 80 cm² au total. Prise : 98 %.

OBSERVATION XXIII

(Service du Professeur Agrégé Matthieu)

X..., F., 40 ans. Ulcère variqueux du tiers inférieur de la face interne de la jambe.

Ancienneté : 5 ans, 3 mois.

8 cm². Excision. G.D.E. 40 cm². Prise : 100 %.

OBSERVATION XXIV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Gi..., H., 20 ans. Escarre de décubitus, survenue après une fracture de D6. Excision. G.D.E. 100 cm².

Une hémorragie secondaire, le lendemain de l'intervention, décolle la greffe. Echec.

OBSERVATION XXV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Go..., H., 46 ans

Cf. Observation IV, in « Plaies traumatiques ».

OBSERVATION XXVI

(Service du Professeur Guilleminet)

Pe..., H., 44 ans. Mal perforant plantaire, au niveau de la tête du troisième métacarpien.

Excision de la margelle. G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXVII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., nourrisson de 2 mois. Gangrène cutanée abdominale, après intervention pour sténose du pylore. Syndrome toxique.

Homogreffe d'un lambeau de peau maternelle 25 cm² maintenu par un moule cousu. Pas d'excision ni de curettage. Echec.

OBSERVATION XXVIII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., nourrisson de 2 mois et demi. Plaie trophique, atone, du dos de la main. 1 cm². Excision. G.D.E. avec moule cousu, après légère abrasion du fond. Traitement en cours.

OBSERVATION XXIX

(Service du Professeur Guilleminet)

Ce..., H., 18 ans. Désunion, sur moignon de désarticulation de hanche pour ostéosarcome.

30 cm². G.D.E. Prise : 90 %.

OBSERVATION XXX

(Service du Professeur Guilleminet)

Ta..., H., 21 ans. Amputation au tiers supérieur de la jambe pour gangrène aiguë du membre inférieur après arthrodèse de hanche.

Désunion : G.D.E. 110 cm². Prise : 95 %.

OBSERVATION XXXI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

De..., H., 56 ans. Ulcération trophique sur moignon d'amputation de Choppart. 9 cm². Essai de cross-leg interrompu par l'indiscipline du malade. G.D.E. 50 %.

3. Cicatrices

OBSERVATION XXXIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion, du Professeur Guilleminet, et du Professeur Duclos)

Mo..., F., 51 ans. Brûlure ancienne de la face par essence enflammée. Vastes cicatrices planes des deux joues, rétractiles, mais, surtout, présentant, depuis quelques mois, des signes d'évolution ; prurit, sensation de brûlures, ulcérations répétées dues au grattage, et longues à cicatriser. Petite bride cicatricielle sur la racine du nez.

Excision de la petite cicatrice à titre de test. G.D.E. : bon résultat immédiat.

Excision, un mois plus tard, et, à un mois d'intervalle, des deux grandes cicatrices latérales, en passant, autant que possible, dans les plis de la peau.

A droite, G.D.E. de 4/10 d'épaisseur.

A gauche, G.D.E. de 6/10. Les deux greffons ont environ 70 cm² chacun ; ils sont cousus bord à bord, à la soie noire, et maintenus par un moule de coton, plus gaze vaselinée.

Prise des deux côtés, à 99 %.

A droite, disparition totale des signes fonctionnels, peu de rétraction.

A gauche, la rétraction dépasse 50 %, le prurit est insupportable. Il faut noter que cette transformation du greffon coïncide avec l'apparition, sur la zone de prélèvement, d'une volumineuse chéloïde.

Trois mois après, on est obligé d'exciser le greffon de gauche, et de le remplacer par un large lambeau de Blaskowicz.

Bon résultat esthétique, excellent résultat fonctionnel.

OBSERVATION XXXIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Pe..., H., 5 ans. Brûlure ancienne de l'hémi-face gauche avec de l'acide sulfurique. Ectropion de la paupière inférieure, attirée par un gros massif cicatriciel de la région malaire gauche.

1) 14 décembre 1952 : excision de toute la cicatrice, dissection de la paupière inférieure. G.D.E. 6/10, cousue et comprimée par un moule vaseliné. Prise : 99 %.

Le greffon se rétracte de 50 %, et l'ectropion réapparaît.

2) Six mois plus tard, G.D.E. de la paupière inférieure, selon la technique de Lagrot. Prise : 100 %. Bon résultat.

OBSERVATION XXXIV

(Service du Professeur Duclos)

Sà..., H., 17 ans. Face cicatricielle complexe, de brûlé.

Brûlure datant de l'âge de 1 an, et ayant laissé :

Un ectropion des quatre paupières.

Une fermeture complète de la narine gauche, la pointe du nez étant attirée à gauche.

Une bride de la commissure labiale gauche.

Depuis août 1953, on a pratiqué :

1) Quatre greffes dermo-épidermiques palpébrales selon la méthode de Lagrot. Prise à 100 %. (Les deux paupières droites étant situées au centre d'un large angiome plan.) Excellent résultat.

2) Une greffe cigarette permet d'ouvrir la narine gauche, et de basculer, trois semaines après, un lambeau naso-génien, pour recréer une aile du nez. Excellent résultat fonctionnel.

3) Une seconde greffe cigarette au niveau de la commissure labiale, permet de bien diminuer l'atrésie mais ne la supprime pas complètement.

OBSERVATION XXXV

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., H., 10 ans. Syndactylie. Procédé de Sterling Bunnell.

G.D.E. 5/10 sur les faces internes des deux doigts. Prise : 92 %.

OBSERVATION XXXVI

(Docteur De Mourgues)

X..., H., 7 ans. Cicatrice vicieuse de la face antérieure et externe du coude. Extension incomplète. Excision de la bride.

G.D.E. 5/10. Prise : 99 %. Très bon résultat, morphologique et fonctionnel.

OBSERVATION XXXVII

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., F., 18 ans. Nord-Africaine. Forme monstrueuse de main de brûlé, avec fusion du tiers inférieur de la paume, de tout le rebord cubital, jusqu'à la phalange du cinquième, et de tout le rebord radial jusqu'à la phalange du premier, d'une part, avec la face antérieure du poignet, d'autre part. Palmure cicatricielle du coude.

Premier temps opératoire : incision bilatérale dans le sillon métacarpe-poignet. Clivage, entre la main et le poignet, allant très loin en haut et en bas. G.D.E. en portefeuille dans l'espace ainsi créé.

Deuxième temps : excision de la bride, respectée par le premier temps. On déplie la main, et la face antérieure du carpe et de la partie inférieure du poignet, apparaît recouverte d'un greffon, pris à 95 %.

Troisième temps : couverture par lambeaux de voisinage du pouce et du cinquième.

G.D.E., 4/10, des surfaces cruentées restantes. Prise : 60 %.

On a l'intention de pratiquer, par la suite, un raccourcissement du squelette anti-brachial, qui permettra une extension complète de la main, et, peut-être, une arthrodèse du poignet, qui assurera à la main une certaine capacité fonctionnelle.

OBSERVATION XXXVIII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

G..., H. Cicatrice de brûlure des deux mains, face palmaire. Bride rétractile allant de la phalange du pouce à la phalangine de l'auriculaire. Très accentuée à gauche. Sur cette main, excision économique des téguments de la bride et excision large de tout le tissu fibreux sous-jacent. Plasties en Z au niveau du pouce et de l'auriculaire. G.D.E. 4/10 sur la surface restante. On la dispose en deux fragments suturés le long du pli palmaire vertical. Prise : 80 %.

OBSERVATION XXXIX

(Services du Professeur Guilleminet et du Professeur Arégé J. Marion)

R..., F., 14 ans. Cicatrice de brûlure sur l'hypocondre gauche, l'aîne et la cuisse du même côté. Au niveau de l'abdomen, blindage rétractile, attirant l'ombilic à gauche et déterminant une scoliose de posture. Au centre de la plaque fibreuse, bride verticale.

Excision de la bride, plastie en Z à larges triangles, utilisant comme lambeaux les téguments cicatriciels. Entre les deux triangles, après leur transposition, on a une perte de substance de 40 cm². G.D.E. 4/10. Prise : 90 %.

La malade présente un développement statural et pondéral important dans les suites secondaires. Cependant, la persistance d'un certain degré de scoliose fait pratiquer, à nouveau, un débridement, suivi de G.D.E. Par suite de l'indiscipline de la malade, la greffe échoue.

OBSERVATION XL

(Docteur Francillon)

X..., F., 15 ans. Cicatrice de brûlure, soudant presque complètement le menton et le thorax, et ayant déterminé une atrophie du maxillaire inférieur. Impotence fonctionnelle totale.

1) Excision du bloc cicatriciel et pose d'une G.D.E. épaisse cousue, le cou étant en extension. 250 cm². Prise : 96 %, mais, dans les suites, le greffon se rétracte des deux tiers et la malade reprend sa position vicieuse.

2) Un an après, excision du greffon, bascule de deux lambeaux thoraciques en haut et en avant, suturés au bord mentonnier de la cicatrice. Il reste une zone cruentée dont les deux bords latéraux sont ainsi devenus obliques en bas et en dehors. G.D.E. 6/10. Prise : 98 %, mais rétraction secondaire, qui compromet le résultat.

OBSERVATION XLI

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Pe..., F., 20 ans. Même type de cicatrice de brûlure unissant le menton au thorax.

1) Incision bilatérale, de chaque côté de la bride principale. Dissection, jusqu'en tissu sain, de la zone sous-jacente à la bride, et décollement des bords externes des deux incisions. Greffe en portefeuille 200 cm². Prise : 90 %.

2) Section de la bride à ses deux extrémités. La région sous-mentonnière présente un galbe pratiquement normal mais, dans les trois semaines qui suivent, le greffon se rétracte aux deux tiers.

3) Taille d'un lambeau de rotation, avec triangle de Blaskowicz, dans la peau cervico-thoracique droite. On l'amène, par rotation, jusqu'à la ligne médiane. On excise la moitié droite du greffon et on suture le lambeau à la moitié gauche restante.

4) Intervention identique du côté gauche. On a ainsi fait disparaître bloc scléreux cicatriciel et greffon rétracté, et l'on dispose d'un matériel de revêtement, constitué par de la peau entièrement saine. Il subsiste seulement, sur la ligne médiane, une cicatrice linéaire verticale, que l'on horizontalisera par la suite.

Bon résultat immédiat. Très bon pronostic.

OBSERVATION XLII

Cf. plaie traumatique, observation I.

OBSERVATION XLIII

(Docteur De Mourgues)

Ar..., F., 55 ans. Néo du sein opéré en 1953 par Halstedt étendu. La cicatrisation spontanée a donné une cicatrice vicieuse rétractile, douloureuse et ulcéralive. L'abduction du bras est très gênée. Après excision de la cicatrice, bascule d'un lambeau de rotation axillaire, complété par une G.D.E.

Malade en cours de traitement.

4. Autres observations

OBSERVATION XLIV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

X..., F., 45 ans. Nævus en voie de dégénérescence, au niveau de l'index. Refuse toute amputation. Nous voyons la malade au stade de plaie granuleuse. G.D.E. épaisse, 6/10 mm. ; 10 cm², cousue. Prise : 100 %.

Par la suite, la malade subit un curage ganglionnaire. Bon résultat éloigné, depuis plus d'un an.

OBSERVATION XLV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Tu..., F., 39 ans. Cylindrome du cuir chevelu, évoluant depuis une dizaine d'années. Excision au bistouri électrique, large et profonde. G.D.E. mince, sur plaie granuleuse. 40 cm². Prise : 80 %.

Les 20 % restants sont représentés par la table externe du pariétal, déperiestée par l'escarre électrique. La cicatrisation de cette zone fut très longue, malgré la trépanation de l'os.

OBSERVATION XLVI

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Fr..., H., 38 ans. Fibro-sarcome de Darier siégeant à la partie supérieure du dos. 700 cm². Excision au bistouri électrique, allant largement en tissu sain, en surface et en profondeur. G.D.E. 4/10 mm. Prise : 70 %.

Grefte itérative en timbres-poste. Prise : 50 %. Après une transfusion, le malade amorce une cicatrisation spontanée extrêmement rapide.

OBSERVATION XLVII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Ch..., F., 14 ans. Nævus pigmentaire hyperkératosique et pileux, de la jambe ; atteignant, en haut, le tiers supérieur de la jambe et, en bas, la moitié du dos du pied. La lésion est entièrement circulaire. Excision au bistouri électrique, suivie de G.D.E. 4/10 de mm. en trois temps. Prise, chaque fois, de 92 à 95 %.

OBSERVATION XLVIII

(Service du Professeur Guilleminet)

Ga..., H., 28 ans. Radiodermite ulcéreuse de la région scapulaire. Douleurs intenses. Excision en tissu sain 50 cm².

G.D.E. Prise : 90 %.

OBSERVATION XLIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

X..., F., 60 ans. Perte de substance, après fermeture, à la fin d'une intervention de Halstedt pour néo du sein. 120 cm².

G.D.E. Prise : 80 %.

OBSERVATION L

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Re..., H., 30 ans. Volumineux éléphantiasis nostras des deux membres inférieurs, avec poussées érysipélateuses fréquentes.

Après préparation locale soignée, intervention en quatre temps, par excision, chaque fois, de 1 à 2 kgs de tissu lardacé (vidé de son liquide lymphatique par position surélevée pré-opératoire) et G.D.E. immédiate.

Prise à 90 %, mais staphylococcie cutanée, ayant retardé longtemps la cicatrisation complète. Résultat morphologique très bon ; fonctionnel, excellent.

OBSERVATION LI

(Docteur Ricard)

X..., H., 23 ans. Lymphangiome paroi abdominale, déjà excisé à l'âge de 15 ans.

Excision. G.D.E. 650 cm². 5/10 de mm.

Prise : 99 %.

OBSERVATION LII

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., F., 15 mois. Enorme escarre de la face externe de la jambe, due à immobilisation plâtrée.

Excision de l'escarre. Avivement. G.D.E. 3/10 de mm. 35 cm².

Malade en cours.

OBSERVATION LIII

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., H., 5 ans. Ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure.

Incision le long du bord rouge, en fer à cheval. Décollement des deux berges. G.D.E. 4/10 de mm. 30 cm².

Prise : 100 %. Bon résultat fonctionnel.

Pour ces indications de greffes de plaies après excision, la plupart des malades nous ont été confiés par la Clinique dermatologique de l'Antiquaille (Professeur Gaté).

INDICATIONS PARTICULIÈRES

I. Ostéites

OBSERVATION I

(Service du Professeur Agrégé Matthieu)

X..., H., 45 ans. Ostéite du tibia, après fracture ouverte ancienne.

Méthode de Watson-Jones. Echec.

OBSERVATION II

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Pe..., H., 49 ans. Large cavité après curettage. Quelques bourgeons.

G.D.E. qui accélère le bourgeonnement, mais qui ne prend pas.

G.D.E. itérative. Prise à 80 %.

OBSERVATION III

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Gu..., H., 40 ans. Ostéite du tibia, tiers supérieur, après arthrodèse du genou. Trois greffes itératives amènent la quasi-fermeture d'une cavité de curettage, dont les pentes couvrent 100 cm² environ.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

Po..., H., 25 ans. Ostéite tiers inférieur du tibia, après ostéosynthèse. Curetage. G.D.E. Prise : 90 %. G.D.E. itérative après nouveau curettage pour fistule récidivante. Prise : 50 %.

Débridement latéral. 20 cm². Prise : 100 %.

OBSERVATION V

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., H., 45 ans. Ostéite du tiers inférieur du tibia, après fracture ouverte. G.D.E. après curettage. Prise : 95 %.

OBSERVATION VI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Pe..., F., 55 ans. Ostéite du tiers inférieur du tibia, après ostéosynthèse. Curettage. G.D.E. Prise : 90 %. Après récurrence de la fistule, G.D.E. itérative. Prise : 100 %.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Be..., H., 40 ans. Ostéite du tiers inférieur tibia, après ostéosynthèse. Curettage. G.D.E. Prise : 40 %.

Préparation d'un cross-leg par le procédé du cigare. G.D.E. de la partie restante de la zone de prélèvement. Le quatrième jour, du cross-leg, le malade, indiscipliné, fait craquer son lambeau. Echec.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ga..., H., 50 ans. Fracture ouverte ancienne du tiers inférieur de la jambe. Ostéite. Curettage. G.D.E. Prise : 50 %.

Débridements latéraux. 30 cm² × 2. Prise : 100 %.

OBSERVATION IX

Ch... Cf. « Plaies après excision ». Observation III.

OBSERVATION X

La... Cf. « Plaies après excision ». Observation XX.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur Guilleminet)

X..., H., 45 ans. Ostéite tiers inférieur du tibia, par fracture ouverte.
Curettage. G.D.E. Prise : 80 %.

2. Indications de spécialités

OBSERVATION XII

(Service du Professeur Pollosson)

X..., F. Absence congénitale de vagin. Clivage de l'espace recto-vésical.
G.D.E. 3/10, cousue sur moule acrylique. Echec.

OBSERVATION XIII

(Service du Professeur Pollosson)

X..., F. Absence congénitale de vagin. G.D.E. (par le Prof. Lagrot) posée
sur moule vaseliné.

Malade en cours.

OBSERVATION XIV

Service du Professeur Agrégé Matthieu)

X..., F. Absence congénitale de vagin. G.D.E. (par le Prof. Lagrot) posée
sur moule vaseliné.

Malade en cours.

OBSERVATION XV

(Docteur Francillon)

X..., H., 25 ans. Reprise d'hypospade pénien. Essai de constitution d'un
urèthre à l'aide d'une G.D.E. Echec dû à une érection, le soir de l'interven-
tion, malgré un traitement sédatif.

OBSERVATIONS XVI, XVII, XVIII

(Service du Professeur Agrégé Mayoux)

Fenestrations pour oto-spongiose. G.D.E. 2/10 de mm. Bons résultats
auditifs.

OBSERVATION XIX

(Service du Professeur Guilleminet)

Large éventration chez une femme de 60 ans, obèse, et ayant eu plusieurs interventions abdominales basses.

Après reconstitution des divers plans, prélèvement d'un lambeau dermique de 150 cm², cousu aux bords de l'aponévrose. Résultat excellent.

OBSERVATION XX

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., F., 14 ans. Thorax en entonnoir, n'apportant qu'un dommage esthétique. Après désépidermisation des deux fesses, on prélève, sur elles, deux lambeaux dermo-graisseux en tranche de melon. Après décollement cutané thoracique, inclusion et amarrage des deux greffons. Excellent résultat esthétique.

OBSERVATION XXI

(Service du Professeur Agrégé Mayoux)

X..., H., 35 ans. Sténose presque complète du C.A.E., par cicatrice de brûlure. Excision du bloc cicatriciel, G.D.E. sur moule cigarette, perforé d'un drain. Prise : 98 %. On pratique quelques dilatations ultérieures. Bonne audition. Pas de rétraction du greffon.

OBSERVATION XXII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., F., 4 ans. Macrostomie bilatérale, dont la cicatrice d'intervention antérieure a créé des adhérences au sillon gingivo-labial supérieur. Après rétablissement des plans de la joue, incision de la muqueuse, le long du rempart alvéolaire, décollement, G.D.E. 3/10. Prise : 95 %.

OBSERVATION XXIII

(Service du Professeur Agrégé Creyssel)

X..., F., 20 ans. Agénésie d'oreille. Procédé d'Ombredanne, G.D.E., sur moule cigarette, de deux tunnels sus- et sous-auriculaire. Prise : 100 %.

3. Complément d'une plastie

OBSERVATION XXIV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Bo..., F., 55 ans. Pied bot post-phlébitique, avec cicatrice dystrophique d'ulcère chronique. Après intervention osseuse, sphacèle de la greffe, placée antérieurement à l'intervention (Prise : 100 %). Nouvelle G.D.E. Prise : 80 %.

Excellent résultat fonctionnel et trophique.

OBSERVATION XXV

Ga... Cf. « Ostéites ». Observation VIII.

OBSERVATION XXVI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ch..., H., 40 ans. Ostéite tiers inférieur tibia. Débridement bilatéral. Suture médiane et G.D.E. sur les surfaces de débridement. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXVII

Po... Cf. « Ostéites ». Observation IV.

OBSERVATION XXVIII

Bo... Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation VIII.

OBSERVATION XXIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Me..., H., 25 ans. Ulcération d'origine ?, sur la malléole externe. Cross-leg, sur mollet opposé. Réussite. La plaie de prélèvement a été comblée par G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Co..., F., 30 ans. Ulcère tiers inférieur de la jambe, post-phlébitique. Cross-leg, mollet opposé. Réussite. G.D.E. du lieu de prélèvement. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXXI

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ch..., H., 35 ans. Cicatrice douloureuse du talon. Excision. Cross-leg. Fermeture de la zone donneuse par G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXXII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Pi..., F., 60 ans. Capillarite nécrotique. Excision. Cross-leg. G.D.E. de la zone donneuse. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXXIII

X..., H., 25 ans. Ulcération post-traumatique du mollet. Excision. Cross-leg. Couverture de la zone donneuse, par le procédé du cigare, pour la charnière, par une G.D.E. simple, pour le reste. Prise : 100 et 90 %.

OBSERVATION XXXIV

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

X..., H., 40 ans. Fistule post-traumatique, face postérieure du calcanéum. Excision. Cross-leg. Couverture de la zone donneuse par G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XXXV

Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation II.

OBSERVATION XXXVI

Cf. « Ostéites ». Observation VII.

OBSERVATION XXXVII

Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation IX.

OBSERVATION XXXVIII

Cf. « Ulcérations chroniques ». Observation XXXI.

OBSERVATION XXXIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ma..., F., 40 ans. Pied bot post-phlébitique. Intervention de redressement osseux. Sphacèle du lambeau de couverture. G.D.E. 60 cm². Prise : 90 %. Confection d'un « cigare » sur la cuisse opposée. Prise : 100 %.

OBSERVATION XL

Ro... Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation X.

OBSERVATION XLI

Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation VII.

OBSERVATION XLII

(Service du Professeur Duclos)

Vi..., H., 55 ans. Palette thoracique pour rhinoplastie totale. G.D.E. pour doubler la palette. Prise : 90 %. Grosse rétraction. G.D.E. itérative pour relâcher la rétraction.

OBSERVATION XLIII

(Service du Professeur Paufigue)

Ta..., H., 17 ans. Couverture de la zone de prélèvement d'un tube cervical, par G.D.E. Prise : 98 %.

Décollement d'un lambeau mastoïdien pour otoplastie. G.D.E., en angle dièdre, derrière le lambeau. Prise : 90 %.

Modelage de l'ourlet auriculaire, par G.D.E. Prise : 100 %.

OBSERVATION XLIV

(Service du Professeur Duclos)

Pr..., H., 26 ans. Lambeau temporo-frontal pour plastie pédiculée de la paupière inférieure. G.D.E., en doublure. Prise : 100 %.

OBSERVATION XLV

(Service du Professeur Duclos)

Va..., F., 55 ans. Communication orbito-nasale, après énucléation. Bascule d'un lambeau nasal sur l'orifice, et G.D.E. par-dessus. Prise : 80 %.

OBSERVATION XLVI

Cf. « Pertes de substance traumatiques ». Observation XXI.

OBSERVATION XLVII

(Docteur Godinot)

X..., F., 25 ans. Cicatrice de brûlure, du dos de la main. Greffe abdominale à l'italienne. Couverture de la zone de prélèvement en deux fois : cigare : prise : 100 %. Greffe simple : prise 95 %.

OBSERVATION XLVIII

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Ba..., F., 35 ans. Amputation de l'extrémité distale du pouce.

Cross-finger flap sur le médius. G.D.E. sur la surface de prélèvement. Prise : 100 %.

OBSERVATION XLIX

(Service du Professeur Agrégé J. Marion)

Su..., H., 30 ans. Cross-finger flap pour amputation de l'extrémité distale de l'index. G.D.E. sur la zone de prélèvement du médius. Prise : 100 %.

RÉSULTATS

L'expérience que nous avons acquise, au cours de ces greffes dermo-épidermiques, pratiquées pour des indications très diverses, nous a permis de faire quelques observations au sujet des suites immédiates et secondaires de la greffe cutanée.

I. Résultats immédiats.

La prise immédiate moyenne de nos greffes fut :

— Pour les brûlures, de 91,5 %. Si l'on excepte un échec complet, elle fut de 96 %.

— Pour les ostéites, de 52 %. Les greffes itératives furent, pour cette indication, très nombreuses.

— Pour les autres pertes de substance, la prise fut de 93 %. Si l'on excepte 6 échecs partiels ou complets, elle fut de 94 %.

Les échecs furent dus, le plus souvent, à des hématomes ou à des points de coagulation. Parfois, par suite d'une préparation insuffisante, et de l'indiscipline du malade, la prise du greffon fut compromise. L'infection, par pyocyanique ou streptocoque, intervint quelquefois, comme cause d'échec partiel. Nous avons remarqué également, surtout chez les enfants, de véritables phénomènes d'allergie : une greffe itérative prenait moins bien que la première.

Dans la technique de Lagrot, par moule vaseliné cousu, on constate, les premiers jours après l'ablation du moule, l'existence d'une cuvette disgracieuse, due à la fois à la traction des fils et à l'excision de tissu fibreux. Cette déformation ne subsiste pas longtemps, et les bords ont vite fait de s'étaler ; le plancher de la greffe se remplit bientôt de tissu cellulaire.

Il y a intérêt, en cas d'utilisation du moule vaseliné, à ne pas laisser celui-ci, plus de sept à huit jours. En effet, la greffe est soumise à macération, et l'infection, inhérente au voisinage du plâtre, peut gagner, d'abord les points d'attache du moule, puis, le greffon lui-même. En cas de forte chaleur, on peut enlever le moule au quatrième ou cinquième jour.

Il est fréquent d'observer une desquamation par larges lambeaux. Ce cas se présente, surtout, si l'on a utilisé un greffon épais. Après ablation de ces débris, à l'aide d'un tampon imbibé de sérum, on s'aperçoit que le greffon a bien pris et que l'échec n'était qu'apparent.

Le plus souvent, le greffon est rose, sec, doux au toucher, la palpation n'est pas douloureuse, mais révèle une sensibilité des plans sous-jacents. Toute la portion périphérique du greffon, qui ne reposait sur aucune base cruentée, est parcheminée, sèche, diaphane. On l'excise délicatement aux ciseaux.

2. Résultats secondaires.

Le greffon s'assouplit, s'épaissit, et commence un processus de rétraction, qui va durer plusieurs semaines. Cette rétraction, qui peut parfois aller, en certains points, jusqu'au deux tiers de la surface totale, et qui donne alors un aspect ridé, chagriné, est d'autant plus importante, que l'on a affaire à une base scléreuse, à un sujet jeune, à une région « maudite » (face, cou, paume de la main).

Ultérieurement, cet aspect rétractile peut s'amender. Le greffon subit, alors, un nouvel assouplissement, cette fois, définitif.

Sur certains terrains (jambes en état d'insuffisance veineuse), on voit souvent le greffon, participer aux troubles trophiques ou vaso-moteurs de la peau qui l'entoure (cyanose, desquamation). On peut voir aussi, lorsque l'affection causale était d'origine trophique, réapparaître de petites ulcérations, soit à l'emplacement de la greffe (véritable récédive), soit à sa périphérie, au niveau de l'un de ses bords.

Les causes en sont, outre l'affection causale, toujours présente, soit des traumatismes de pression ou de grattage, soit l'application d'une thérapeutique intempestive ; nous avons ainsi eu

l'occasion de voir se développer, sur une de nos greffes, des ulcérations, après onctions de pommade à l'hydro-cortisone, utilisée dans un but anti-chéloïdien.

Le greffon peut, la plupart du temps, se fondre, au point de vue coloration, au milieu des téguments de voisinage. C'est le cas, souvent, des sujets blonds. Chez les bruns, au contraire, on assiste soit à une surcharge, soit à une insuffisance en pigments, qui peut s'atténuer, par la suite.

Lorsque l'on a prélevé un greffon épais, il faut s'attendre à voir réapparaître, à brefs délais, une pilosité pratiquement normale. Les poils sont, peut-être, plus fins et plus clairsemés. Au contraire, un greffon très mince a toutes chances de rester glabre, en même temps qu'il présente une plus grande sécheresse, due à l'absence, ou à la forte diminution, de ses éléments sudoripares et sébacés.

La sensibilité, comme nous l'avons vu, est d'abord une sensibilité profonde, le greffon ne jouant qu'un rôle transmetteur, mais, assez vite, sa sensibilité propre au tact, puis au chaud et au froid, réapparaît. Il peut même être le siège, comme dans l'une de nos observations, de sensations violentes de brûlures et de prurit, obligeant de procéder à son ablation et à son remplacement par une plastie.

Sur un terrain chéloïdien, en même temps que la zone de prélèvement se boursoufle, s'épaissit et présente tous les signes d'une chéloïde inflammatoire, le greffon voit ses bords s'épaissir et former une cicatrice exubérante. Si quelques points de sphacèle s'étaient trouvés en son centre, la dégénérescence chéloïdienne s'attaque également à eux. On a alors un greffon qui joint, à l'exubérance de son tissu fibreux, facteur de rétraction, une minceur épithéliale de mauvais pronostic fonctionnel ultérieur.

Nous avons observé un cas particulier : chez un homme, dont une lésion à type de pyodermite végétante (avec multiples biopsies négatives), avait été excisée et greffée avec succès, l'apparition d'une petite ulcération, en plein centre du greffon, nous montra, histologiquement, l'existence d'un épithélioma spino-cellulaire développé à partir du greffon.

3. Agents divers de modification de la greffe.

L'arsenal physiothérapique fournit une gamme étendue de moyens d'amélioration du greffon.

Les ultra-sons peuvent assouplir certaines bases scléreuses; dans certains cas (maladie de Dupuytren) ils représentent une véritable consolidation du traitement chirurgical.

La neige carbonique peut faire disparaître les crêtes de certains greffons chagrinés. Elle peut également améliorer une pigmentation inesthétique.

L'ionisation est, aussi, un facteur d'assouplissement.

La radiothérapie, enfin, peut éviter la formation de chéloïdes sur les bords d'un greffon, quand le terrain fait craindre cette évolution.

Nous avons utilisé, également, de nombreuses pommades vitaminées (E., F.) et, dans quelques cas, la pommade à l'hydro-cortisone.

L'injection de ce produit sous forme liquide, dans la trame même de la chéloïde est très douloureuse, mais amène la disparition rapide des signes fonctionnels.

L'abrasion par toile émeri ou meule de dentiste permet d'adoucir les zones de jonction entre greffe et peau saine, entre greffe et lambeau. Iverson propose même d'abraser les bords de la peau ou du lambeau avant de placer un greffon à leur contact.

Dans certains cas de greffons décolorés, tranchant trop nettement avec la peau avoisinante, on peut pratiquer un tatouage de plus ou moins grande concentration.

Enfin, devant des prises incomplètes, plutôt que de faire une nouvelle greffe, nous avons préféré, souvent, nous adresser à des cicatrisants, sous forme de poudres ou de pommades. Nous avons essayé, dernièrement, du liquide amiotique, sous forme de poudre. Il nous a procuré, dans la plupart des cas, une cicatrisation des zones restantes, véritablement spectaculaire. Nous avons constaté aussi que, sous l'effet de cette poudre, non seulement les bourgeons granuleux tendaient à stopper leur exubérance, mais aussi les cicatrices un peu épaisses tendaient à s'affaïsser.

Dans le cas particulier des brûlures, Lagrot a récemment insisté sur l'utilisation, en période secondaire, d'A.C.T.H. La prise des greffes en est facilitée, même en cas de bilan humoral non satisfaisant.

4. Répercussions de la greffe.

Dans de nombreux cas, la greffe cutanée apporte avec elle, en plus de la prévention de dommages esthétiques, et de risques infectieux, la suppression instantanée des douleurs, des sensations de prurit ; c'est le cas de certaines ulcérations chroniques, de certaines névrodermites localisées, des radiodermites ou des anthrax. L'état fonctionnel de la zone greffée en a retiré, également, un bénéfice fonctionnel considérable.

Le retentissement psychique, qu'a sur le malade la fermeture rapide de plaies étendues ou chroniques, n'est pas à souligner. De plus, le contre-coup sur l'état général en est certain. La subinfection torpide, l'hypoprotéinémie, l'amaigrissement, l'anémie, cortège habituel des plaies traînantes, sont supprimés, dans un laps de temps très court. Enfin, l'effet de thérapeutique tissulaire, que joue la greffe sur l'organisme affaibli (des brûlés, en particulier) est certain.

CONCLUSIONS

I. — La G.D.E., en vastes lambeaux, qui doit son origine véritable aux premières greffes d'Ollier, a vu une révolution se faire dans sa technique, lors de l'apparition des instruments modernes de prélèvement.

Lagrot a été le premier en France, à en généraliser l'emploi.

II. — Variées en ses techniques de prélèvement et d'application, la G.D.E. peut être utilisée suivant de nombreuses modalités : greffes enfouies, en tunnel, en cigarette, inlay, en timbres-postes, greffes de derme, micro-greffes, qui répondent toutes à des besoins précis.

Nous avons imaginé une nouvelle utilisation de la greffe cigarette : le procédé du « cigare », qui permet la couverture préalable de la charnière des lambeaux à distance.

III. — Les indications sont également multiples : recouvrement de brûlures, de plaies traumatiques ou chirurgicales. Mais aussi indications d'assèchement, de comblement, de soutien, d'adjuvant d'une plastie ; la chirurgie de la surdité utilise, aussi, la G.D.E.

IV. — Personnellement, nous avons, pendant ces trois dernières années, pratiqué 200 G.D.E., prélevées au rasoir ou aux dermatomes. La technique de Lagrot nous a donné le plus de satisfaction.

V. — Nos résultats immédiats ont été très bons pour les plaies fraîches ou bourgeonnantes (95 % de prise immédiate), mais moyens dans les indications d'assèchement d'ostéites (52 %).

Nos résultats secondaires ont été bons en aspect et en solidité, si l'on excepte 20 % de récidives, dans les ulcères de jambe, et une rétraction aux deux tiers, au niveau de certaines régions (face, cou).

VI. — L'aspect biologique de la G.D.E. est à considérer : outre les phénomènes d'allergie, présentés lors des greffes itératives, un rôle tissulaire actif est incontestablement joué par le greffon.

VII. — La G.D.E. doit être un procédé de pratique courante, mais, dans certains cas difficiles, elle demande un entraînement spécial.

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
M. GUILLEMINET.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 23 Juin 1954.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
André ALLIX

BIBLIOGRAPHIE

Étant donné l'importance de la bibliographie sur les greffes dermo-épidermiques, nous avons préféré fixer, comme point de départ chronologique, l'année 1944.

Nous exposerons nos références dans les chapitres suivants :

Généralités.

G.D.E. dans les brûlures.

Indications traumatologiques des G.D.E.

Indications dermatologiques des G.D.E.

Indications diverses des G.D.E.

GÉNÉRALITÉS

BARKER (D.-E.). — Une méthode simple de greffe cutanée. J.A.M.A., Chicago, 28 juillet 1951, 146, 13, pp. 1219-1220.

— Le vacuotome, instrument nouveau pour l'obtention des greffons cutanés clivés. P. R. S., juillet 1948, V, III, n° 4, pp. 492-501.

— Cutting skin grafts with vacuotome. P. R. S., février 1950, V, V., p. 198.

BARRON. — Skin autografts. Bull. Med., 1944, V, 4, n° 5.

BARSKY (A.-J.). — Principles and practice of plastic surgery. 1950, Bailière-Tindall and Co, 500 pages, 1029 figures.

BAXTER, ENTIN, MORE. — Growth of refrigerated skin grafts. P. R. S., 3, 11.

BAXTER (E.). — La pénicilline et la streptomycine locales, dans la prise des greffons. P. R. S., janvier 1947, V, 2, n° 1, pp. 322-382.

BEAUX (A.-R.). — Greffes de peau. El Ateneo, Buenos-Ayres, 1947.

BERKOW (S.-G.). — Tape method of skin grafting. U. S. naval med. bull., 1945, V, 45, n° 1.

BERSON. — Atlas of plastic surgery. Meinemann, London, 1948, 304 pages, 1207 figures.

BERTOIN (J.). — Greffes et plasties cutanées. Thèse, Lyon, 1948-49, n° 112.

BÈZES. — La G.D.E. dans le traitement secondaire des plaies de guerre des membres (150 cas). Lyon Chirurgical, août-septembre 1953, T. 48, n° 6, pp. 661.

BLAIR (O.-R.). — Guide and bibliography for research into the skin hormo-graft problem. P. R. S., vol. VII, n° 3, 1951, pp. 169. Bibliographie complète.

- BONDENHAM (D.-C.). — A new type of knife for cutting skin grafts, using replaceable blades. B.J.P.S., II, 2, p. 136.
- BRUN (W.). — The implantation method of skin grafting. Surg. Gyn. Obst., 1950, 50, p. 634.
- BROWN (J.-B.). — Immediate and preserved homografts as life saving procedure. Am. Surg., 1953, 138, p. 618.
- BROWN, Mc DOWELL (F.). — Skin grafting. Ed. 2. Philadelphia ; J.-B. Lippincott company, 1949.
- BROWNE (H.-R.). — The dermograf. Its versality and viability. P.R.S. Vol. 7, n° 1, janvier 1951, p. 41.
- BROWN (J.-B.), Mc DOWELL (F.). — Skin grafting. Lippincott, 2° édition. East Washington square Philadelphia.
- BROWN (J.-B.), CANNON (B.), LISCHER (C.-E.), DAVIS (W.-B.), MOORE (A.), MURRAY (J.). — Plastic and reconstructive surgery. Surgery I: 124, 1946.
- BROWN (J.-B.). — The closure of surface defects, with free skin grafts and with pedicle flaps. Surg. Gyn. Obs., avril 1947, 84, p. 862.
- BUSCHER (K.). — La greffe cutanée libre, sur des plaies infectées. Der chirurg. Berlin, avril 1951, 22 : 4, pp. 181-182.
- CASWELL, TAYLOR (H.), ROSEMOND, EMORY. — The brown electrodermatome; a new instrument. Surgery, 28: 850, novembre 1950.
- CHEVALIER (P.-P.-G.). — Pratique anglo-américaine des greffes libres. Thèse, Bordeaux, 1947.
- CLARK, MILNE, TODD. — Fixation of skin grafts with human plasma thrombine. Lancet, 21 avril 1945, pp. 498-500.
- CLARKSON (P.). — Entraînement du personnel pour l'exécution des greffes cutanées. Lancet, 9 juin 1951, 260 : 6667, pp. 1242-1245.
- CONWAY (M.). — Principles of wound healing with indications for the use of the several types of skin grafts. Surg. Clin. N. America, avril 1952, 32: 419.
- CONWAY (H.), COLDWATER (K.-B.). — Principles in reparative plastic surgery. Surg., avril 1946, n° 19, p. 437.
- CONWAY (H.). — Observations ont the development of circulation in skin grafts. P.R.S., 9, 557, 1952. - P.R.S., 10, 67, 1952. - P.R.S., 12, 99, 1953.
- CRONKITE-LOZNER. — Use of thrombin and fibrinogen in skin grafting. J.A.M.A., 1944, n° 124, pp. 976-978.
- CURTILLET, AUBANIAC. — Greffes en îlots. Soc. Chirurg., Alger, 31 mai 1946.
- DAVIS (J.-S.). — La chirurgie plastique au cours des deux guerres mondiales. P.R.S., nov. 1946, vol. I, n° 3, pp. 255-264.
- DEBEYRE (M.-J.). — Les greffes cutanées libres. Suppl. au n° 17 du 24-3-1948 de la Presse Médicale.
- DEFEO (H.-U.). — An adhesive gelatinous dressing for skin grafts. (El apósito adhesivo gelatinoso en los transplantes de piel). Prensa. Med. Argent., 1951, 38 : 623.

- DOUGLAS JAKSON. — A clinical study of the use skin homografts for burns. B.J.P.S., vol. VII, n° 1, avril 1954, p. 26.
- DUFOURMENTEL (L.). — Chirurgie réparatrice des téguments et des formes. Masson, édit., 1950, 400 pages, 461 figures. Grosse bibliographie.
- DUPERTUIS (S.-M.). — Plastic et reconstructive surgery. Surgery, 1946, 1 : 135.
- EYLER. — Plastiktrim A, improved dermatome cement. P.R.S., vol. 8, n° 3, p. 222.
- FOURRIER. — Greffe cutanée en timbres-poste. Commun. Soc. de Chirurg. de Lyon, Séance du 29 janvier 1953.
- Cinquante greffes dermo-épidermiques chez l'enfant et le nourrisson. Lyon Chirurg., 1952, t. 47, n° 2.
- FOREST YOUNG. — Skin graft fixation by plasma trombin adhesion. Ann. Surg., oct. 1944, vol. 120, n° 4, pp. 450-459.
- FRANCILLON (J.), TRUCHET (P.). — Chirurgie plastique cutanée, pratique courante. G. Doin, édit., Paris, 1953, 186 pages, 210 figures.
- GABARRO. — Nouvelle méthode de greffe de peau. P. M., 9 mars 1946, pp. 148. Acad. de Chirurg., 2 février 1946.
- GALLASSI (A.). — Chirurgia plastica. Capelli, édit., Bologne, 1950, 176 pages, 321 figures.
- GELBKE. — Simple methode of cutting full thickness skin grafts of all sizes and shapes. Arch. Surg., 1952, 65 : 276.
- GIBSON (T.). — Surface refrigeration anaesthesia for cutting split-skin grafts. B.J.P.S., III, 1, p. 6.
- GILLMAN (T.). — Réactions of healing wounds and granulation tissue to auto-Thiersh, autodermal an homodermal grafts. B.J.P.S., vol. VI, n° 3, octobre 1953, p. 153.
- GORDON STUART. — The subcutaneous transplantation of the skin. B.J. P.S., I, 3, p. 212.
- GOSSET. — Présentation d'instrument. Dermatome électrique.
- GREELEY (P.-W.). — The full tickness skin grafts collective review. P.R.S., vol. IX, 1, p. 64.
- GUILLEMINET. — Rapport sur un travail de FOURRIER. Protéïnémie et G.D.E. Lyon Chirurgical, t. 46, p. 365.
- HANCE (G.), BROWN-BYARS. — Coloration des greffons et des pédicules par injection pigmentaire. Surg. Gyn. Obst., déc. 1944, 79, 624.
- HARDY, Mc NICHOL. — Use of small pieces of film covered skin graft. Clin. North. Amer., avril 1944, 24, pp. 281-292.
- HIRSCHFELD (J.-W.), PILLINS (M.-A.). — Penicillin and skin grafting. J.A.M.A., 1944, 125, pp. 1017-1019.
- HORTON (Ch.). — The behaviour of split thickness and Dermal skin grafts in the peritoneal cavity. P.R.S., XII, 269, 1953. Bibliographie.

- HOUSE-PEYTON. — The activation of skin grafting. J. Exp. Med., mai 1946, 83, 383.
- HUMPLIK. — Transplantat. cutanées libres. Wiener med. Wochenschrift, 15 juillet 1946.
- JENNEY (J.-A.). — Open method of free skin grafting. Amer. J. Surg., sept. 1951, 82 : 396.
- Clot fixation in the open method of free skin grafting. P.R.S., vol. 8, n° 4, p. 299.
- KEELEY (J.-L.). — Modifications (par succion) du dermatome de Padgett-Hood. The Amer. J. of Surg., New-Yor, juin. 1950, 79 : 6, pp. 137-138.
- KERNWEIN (G.). — Récupération de la sensibilité dans les greffes de peau totale. Arch. of Surg., avril 1948, pp. 459.
- KILNER. — Greffes cutanées et autoplasties. XII^e Congrès Soc. Int. de Chirurg. Londres, 15-20 sept. 1947 ; P. M., 19 octobre 1947, p. 685.
- KILNER, PEET, KERNAMAN. — Streptomycin as a local application to control wound infection prior to skin grafting: preliminary report. B.J.P.S., avril 1951, vol. 4, n° 1.
- KING. — Greffes cutanées immédiates des plaies. S.G.O., juillet 1945, t. 81, n° 1, p. 75.
- KOECHLIN. — Quelques acquisitions récentes en chirurgie plastique. Bruxelles Médical, 19 août 1951, pp. 1709-1720.
- KONRAD (J.). — Sur les greffes cutanées avec le dermatome de Padgett. Wissenschaftliche Aerztegesellschaft. Innsbruck, 10 nov. 1949, t. 122, n° 35, pp. 839-840.
- LAGROT (F.), PY, BENSOUSSAN. — Note sur les greffes dermo-épidermiques. Soc. de Chirurg. des Hôpitaux d'Alger, 19 mars 1947.
- LAGROT (F.), FAVRE (R.). — Conceptions et techniques nouvelles de la greffe dermo-épidermique. Revue de Chirurg., nov.-déc. 1948, pp. 332-352.
- LAGROT (F.). — Nouvelle pratique des greffes cutanées libres (170 vastes greffes). Soc. de Chirurg. de Lyon, 10-6-48. Lyon Chirurgical, janvier 1949, p. 100.
- Film sur greffes cutanées. Procédé personnel. Académie de Chir., 29 octobre 1947.
- LAGROT (F.), PY. — La greffe cutanée. Etat actuel. Constantine Médical, mars 1951, n° 1, p. 1.
- LAGROT (F.). — Réflexions sur une série de 165 greffes dermo-épidermiques en vastes lambeaux. Lyon Chirurgical, t. 44, n° 1, p. 100.
- LAGROT (F.), ANTOINE. — Greffes cutanées et A.C.T.H. Sem. des Hôp., 18 avril 1954, n° 4, p. 192. 1^{er} Congrès Chirurgie Plastique, Paris, 2 octobre 1953.

- LANGE. — The vascular prerequisite of successful skin grafting. Surg., janv. 1944, n° 1.
- LE VEEN (H.). — The use of hyaluronic acid for fixation of skin grafts. Surg., May 1951, n° 5, p. 743.
- LITTON (C.), HOOD (G.). — A new giant dermatome. P.R.S., XIII, mars 1954, n° 3, p. 240.
- LEWIS (E.). — A combined method obtaining fixation and pressure in skin grafting. B.J.P.S., III, 2, p. 77.
- LEWIS (K.). — The use of Patch graft in extensive skin loss. P.R.S., XII, 116, 1953.
- MATTHEWS (D.-N.). — Growth of re-grafted skin grafts. Lancet, I, 1945, 775.
- Storage of skin for autogenous grafts. Lancet, 1945, 23, 775-8.
- The surgery of repair injuries and burns. Charles C. Thomas, Edit., Springfield, 1943, 402 pages, 198 figures.
- McCASH (C.-R.). — Plaster of Paris head cages in the fixation of free skin grafts to the head and face. B.J.P.S., II, 2, p. 138.
- McLANGHLIN. — Plastic surgery. An introduction for nurses. London, Faber and Faber Ltd., 1951.
- MACOMBER, RUHIN. — Réparation tardive des pertes de substance tissulaires massives par la greffe de lambeau cutané couvert. The Amer. J. of Surg., avril 1947, vol. 73, n° 4.
- MACOMBER, PATTON. — Greffe cutanée épaisse. Une addition utile à la préparation du pédicule tubulaire. S.G.O. Chicago, vol. 84, n° 1, 1947.
- MACOMBER, WYNN. — Technique des greffes de Wolfe. Surg. St. Louis, vol. 21, janvier 1947.
- MARION, FRANCILLON, GATÉ. — Recouvrement de la charnière des lambeaux cutanés pour réparation des pertes téquementaires des membres inférieurs par l'adaptation, au cross-leg, de la greffe en tunnel. Procédé du cigare. Lyon Chirug., avril 1953, t. 48, n° 3, p. 364.
- MAY (H.). — Chirurgie réparatrice et reconstructive. Greffes. Fr. Davis Cie, 1947.
- MERLE D'AUBIGNÉ. — Chirurgie réparatrice. Journ. de Chirug., juin 1950, p. 459.
- MILLS (J.-T.), PATTERSON (J.-B.). — Préparation des plaies granuleuses à greffer. P.R.S., mai 1948, vol. 3, n° 3, pp. 245-261.
- MISSONIER. — Progrès récents des greffes dermo-épidermiques libres en vastes lambeaux. F. M., septembre 1950, n° 9.
- MORANI, ALMA (D.). — Evolution of plastic surgery. M. Woman's J., janvier 1946, 53, 25.
- MORTON (F.), BERSON (M.-D.). — Atlas of plastic surgery. Will Henemann, London, 316 pages, 1207 figures.
- MOURGUES (François de). — Les greffes et les plasties cutanées en chirurgie faciale. Thèse, Lyon, 1952-1953.

- NEW GORDON (B.), DEVINE (K.-D.). — Skin grafting methods and their indications. *Surg. Clin. of N. A.*, août 1946, p. 898.
- OMEZ, COORNAERT. — A propos des greffes cutanées. *Soc. Chirurg. de Lille*, 12 avril 1951.
- Les greffes dermiques enfouies en chirurgie réparatrice. *Lille Chir.*, mai-juin 1950, 5, 27, pp. 193-197.
- PADGETT. — Indications for determination of thickness for split skin grafts. *The Amer. J. Surg.*, nov. 1946, vol. LXXII, n° 5, p. 682.
- PENN (J.). — Chirurgie plastique aux U.S.A. *South. African M.J.*, novembre 1946, 20, 666.
- PIERCE (G.-W.), KLABUNDE (E.-M.), BERGERON. — Procédés pratiques en chirurgie plastique. *P.R.S.*, juillet, 1947, vol. 2, n° 4.
- PIERRE. — Les greffes cutanées libres (48 cas). *Journées chirurg. de la Soc. Chirurg. de Marseille* des 15 et 16 janvier 1949.
- Valeur des greffes cutanées en tant que pansements. *Presse Médicale*, 3 juin 1950, p. 620.
- PRESTON (O.-J.). — Petit dermatome pour prélever les greffes cutanées d'épaisseur voulue. *The Amer. J. of Chirurg. New-York*, mars 1950, 79 : 3, pp. 484-485.
- PRITCHARD (J.-E.). — Biopsy as an accurate guide to the decision of early skin grafting. *Amer. Surg.*, 1944, 62 : 220-228.
- RAGNELL (A.). — La greffe cutanée libre. *Nordiskmedicin.*, Stockholm, 30 avril 1948, 38, 18, pp. 871-877.
- REESE (J.-D.). — Le dermatape : nouvelle méthode pour la pratique des greffes cutanées libres. *P.R.S.*, juillet 1946, vol. 1, n° 1, pp. 98-105.
- ROBINSON (D.-W.). — Blood loss from donor sites in skin grafting procedures. *Surg.*, vol. 25, n° 1, janvier 1949, p. 105.
- ROUSS. — Activation des greffes cutanées. *The J. of experimental Medicine*, mai 1946, t. 83, n° 5, p. 383.
- SANDER (G.-B.), LYNN (R.-B.). — Fixation des greffes sous lambeaux pédi-culés. *Amer. Surg. J.*, 1947, 73 : 700.
- SANO. — The new coagulum contact method of skin grafting further simplifications in technique. *Amer. J. Surg.*, juin 1944, vol. 64, n° 3.
- SECAIL (J.). — Greffe par le procédé des quatre planchettes. *Soc. Chir. Toulouse*, 1947.
- SHEEHAN (J.-E.). — Further notes on the plasma fixation of skin grafts. *Lancet*, février 1945, 1.
- General and plastic surgery. Hoeber Harper ed., N.Y., 1945, 355 pages, 856 figures.
- Plasma fixation of skin grafts. *Lancet*, London, 1944, 2, 363. *Amer. J. Surg.*, 1944, 65 : 74. - *P.R.S.*, nov. 1946, vol. 1, n° 3, pp. 317-321.
- SIERRO. — Nouvelle technique de greffe cutanée. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 28 août 1946, n° 8.

- SODERBERG (B.-N.). — Combinaison de lambeaux pédiculés tubulés et ouverts pour la réparation de certains défauts profonds. P.R.S., vol. 3, n° 4, juillet 1948, pp. 407-416.
- SPADAFORA (A.). — Cutting of skin grafts in regions with bony prominence. Prensa med. Arg., 1952, 39 : 312.
- Small free skin grafts taken with ethyl chloride local anesthesia. Prensa med. Arg., 1953, 40 : 112.
- SWENSON (S.). — Cutis grafts clinical and experimental observations. Arch. of Surg., nov. 1950, p. 881.
- TIDRICK-WARNER. — Fibrin fixation of skin transplant. Surg., 15, 590-595, 1044.
- TUFANO (A.). — L'influence des substances à action vaso-dilatatrice sur la prise des greffes cutanées d'Ollier-Thiersch. Il Policlinico (Sezione chirurgica), vol. 56, 1949, n° 3.
- TURCOT. — Autoplasties et greffes cutanées. Laval M. J. (Canada), mars 1947, vol. 12, n° 3.
- WEBSTER. — Refrigerated skin grafts. Ann. Surg., 1944, vol. 120, n° 4, pp. 431-448.
- Film cemented skin grafts. Surg. North Amer., avril 1944, vol. 24, pp. 251-280.
- WEETER (J.-C.). — An open method for donor site dressing using waxed paper. P.R.S., août 1952, p. 90.
- WERTHEIMER (P.), MILLERET (P.). — Réflexions sur l'utilisation des G.D.E. Lyon Chirurg., août-septembre 1953, t. 48, n° 6, p. 647.
- WHEELAN, WESLEY, THOMPSON. — Skin grafting and secondary closure in war wounds. Surg. Gyn. Obst., déc. 1944, vol. 79, n° 6.
- WHITE. — Extending the use of dermatome. P.R.S., IX, 1, p. 22.
- ZENIO (L.). — Greffes cutanées libres. Immobilisation au moyen de plâtre. P.R.S., novembre 1947, vol. 2, n° 6, pp. 549-556.

G.D.E. DANS LES BRULURES

- ALLEN (H.-S.). — Trt. of the burned wound based on the experience of 1000 hospital patients. Ann. Surg., oct. 1951, 134, 566.
- BARAK (C.). — Le problème de la brûlure d'après les travaux anglo-américains, 1940-1945. Rev. Méd. de Liège, 1946, 15, 9.
- BAXTER (H.). — The effect of penicillin and streptomycin applied locally on the take of skin grafts. Plast. and Rec. Surg., 1946, 1, 322.
- BEVERLY (D.). — Thermal burns. Surgery, 1944, n° 1, pp. 97, 111-132.
- BLECHER (T.-G.). — Conceptions nouvelles dans le traitement de graves brûlures étendues. Surgery St. Louis, 29, 1, janv. 1951, pp. 154-161.
- BLOCKER (T.-G.). — Local and general treatment of acute extensive burns. Lancet, 1951, 1, 498.
- Problems of the treatment of the severely burned. Am. surgeon, Apr. 1951, 17, 323.

- BLOCKER Junior (Galveston, Texas). — Newer concepts in the treatment of severe extensive burns. *Surgery*, janv. 1951, n° 1, pp. 154, vol. 29.
- BORNEMEIER (W.-C.), PARSONS (L.). — Traitement des brûlures, greffes, présentation de 155 cas. *Surg. Gyn. Obs.*, mars 1946, 82, 311.
- BRANCH (C.), WILKINS (P.), ROSS (F.-P.). — The coagulum contact method (Sano) of skin grafting in the treatment of burns and wounds. *Surgery*, avril 1946, 19, 460.
- CLARKSON (P.). — Revue du traitement des brûlures. *Lancet*, 24 février 1951, 260, 6652, pp. 460-462.
- CLAVEL (Ch.). — A propos du traitement local des brûlures, par P. Fourrier. *Soc. de Chir. de Lyon*, 16 déc. 1948. *Lyon Chir.*, t. 44, n° 3, juin 1949, pp. 365-369.
- CLERY (A.-B.). — The treatment of burns by split skin grafting. *J. Irish M. A.*, oct. 1952, 31, pp. 285-287.
- COAKLEY (W.-A.), SHAPIRO (R.-N.), ROBERTSON (G.-W.). — Traitement des brûlures graves. *P.R.S.*, 1948, t. III, n° 6, p. 667.
- COLEBROOK. — Traitement des brûlures. *Lancet*, 18 août 1951, 261, 6677, pp. 273-278.
- COLSON. — Brûlures des membres. Limites du traitement conservateur. 20 nov. 1953, *Soc. de Chirurgie de Lyon*.
- COPE (O.), LANGOHR (J.), OLIVER, JOHN. — Expeditious care of full. Thickness burn wounds by surgical excision and grafting. *Ann. Surg.*, janv. 1947, 1, 125.
- CORREIA (P.). — Skin grafting in the treatment of burns. Considerations of fifty cases (Emprego dos enxertos de pele no tratamento das queimaduras. Consideracoes sobre 50 casos. *Rev. Paulista med.*, 1950, 37, p. 460.
- DUFOURMENTEL (C.). — Greffes cutanées pour brûlures. *Revue du Praticien*, Paris, janv. 1951, 2, n° 1, pp. 39-41.
- GRAU. — Skin grafting of extensive burns. *Post. Grad. Med.*, déc. 1951, 10, 491.
- KERN, NORRIS. — The treatment of burns. A discussion based on experience with 360 cas seems on board a U.S. Hospital ship. *Naval Med. Bull.*, 1944, 42, 59.
- LAGROT (F.). — Traitement des brûlures dans la R.A.F. *Bull. de Soc. de Méd. Franç.*, 1945, p. 105.
- Traitement des brûlures dans l'aviation. Communication à l'Académie de Chirurgie, 15 avril 1945.
 - Acquisitions récentes sur le traitement des brûlés. *Le Génie civil*, 15 janvier 1948.
 - Le traitement des grands brûlés. *Société d'Hygiène et de Médecine du Maroc*, février 1948 ; *Maroc Médical*, n° 275, avril 1948.
 - Le traitement chirurgical des brûlures. Rapport du Congrès de l'Union fédérative nationale des médecins de réserve, Alger, 3-4-5 avril 1950. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 80, 2 décembre 1950.
 - Nos premiers essais de traitement des brûlures par l'A.C.T.H. *Société de Chirurgie d'Alger*, 9 février 1952.

- LAM (C.-R.), McCLURE (R.-D.). — Pénicilline en tant qu'adjuvant dans la greffe des brûlures graves. *Proc. Am. Federation Clin. Reserach*, 1, 56, 1944.
- LANGOHR, MOORE, WEBSTER. — Traitement rapide des brûlures d'épaisseur totale par excision chirurgicale et greffe. *Ann. Surg.*, 1947, 125, 1.
- McDOWELL (F.). — The treatment of burns by plastic surgery. *Surg. Clin. North America*, oct. 1950, p. 1347.
- MANSFIELD. — Excision et réparation des escarres par brûlure. *Br. J. Surg.*, 1946, 34, 128, n° 134.
- MARTIN (J.-D.), CANDLE, RICHARD, BLOODWORTH. — Burns. *Internat. Surg. Digest*, May 1950, 49, 294.
- MASON (M.). — Early closure of burns areas. *J. Florida M. A.*, 1949, 36, 149.
- MATTHEWS. — The surgery of repair injuries in burns. Oxford, Blackwell, 1944, 8.
- MERLE D'AUBIGNÉ. — Traitement moderne des brûlures. *Tunisie Médicale*, janv. 1950, p. 7.
- OWENS (N.). — Traitement chirurgical des brûlures. Utilisation d'un pansement compressif. *Plast. rec. Surg.*, mai 1947, t. 2, n° 3.
- PATEY (D.). — Brûlures. *Brit. J. Surg.*, 1944, 32, 32.
- PIERRE (M.), CARTOTTO (G.). — Traitement actuel des brûlures étendues. *Concours Médical*, 3 avril 1948, pp. 663-667.
- PROYARD (G.). — Thérapeutique des brûlures. *Acta Chirurgica Belgica*, Bruxelles, avril 1952, 51, n° 4, pp. 309-310 et 338-352.
- RAWLES (B.). — Technique de greffe précoce des brûlures profondes. *Surg.*, 18, 1945, 696-706.
- REIDY. — Burns. Skin cover for full thickness skin loss. *Brit. J. Med.*, nov. 1950, 2, 1030.
- ROMENCE. — Erreurs courantes dans le traitement des brûlures. *Amer. J. Surg.*, mars 1947, 73 : 340.
- RUBIN (R.-L.). — Early skin coverage in burn therapeutic. *P.R.S.*, vol. 8, n° 4, p. 297.
- SALTONSTALL. — Modified technique in skin grafting of extensive deep burns. *Amer. Surg.*, May 1944, vol. 119, n° 5, p. 690.
- STEVENSON (T.-W.). — The surgical treatment of burns. *N. Y. State J. Med.*, octobre 1951, 51, 2223.
- TAMERIN, GARNES, SIMON. — Experiences with the surgical excision and skin grafting of full thickness burn wounds. *Harlem Hosp. Bull.*, 1950, 2 : 159.
- TRUCHET (P.). — Greffe dermo-épidermique dans le traitement des brûlures. *Soc. Chirurq. Lyon*, 16 décembre 1948 ; *Lyon Chirurgical*, t. 44, n° 3, mai-juin 1949, pp. 360-364.
- VILAIN (R.). — L'excision et la greffe dans les brûlures thermiques profondes et les carbonisations. *Journal de Chirurgie*, t. 70, n° 1, 1954, pp. 30-48.

VIRENQUE (J.), SECAIL (J.). — Le traitement moderne des brûlures. Vigot, éditeur, Paris, 1948.

WALLACE (A.-B.). — Traitement des brûlures (retour vers des principes de base). B.J.P.S., janv. 1949, vol. I, n° 4, p. 232.

INDICATIONS TRAUMATOLOGIQUES DES GREFFES

ALDUNATE. — Pl. reparation of total loss of skin covering of thigh and leg. Bol. Soc. de Cile, 1948, 26, 131.

BROWN-CANNON. — The repair of surface defects of the foot. Ann. Surg., oct. 1944, 120, pp. 417-430.

BUNNEL (S.). — Plastic problems of the hand. P.R.S., 1946, n° 3, pp. 265-270.

— Surgery of the hand. Lippincott, éd. Grosse bibliographie.

CHALNOT, MICHON. — A propos du traitement chirurgical des scalps complets du cuir chevelu. Lyon Chirurg., 1950, t. 45, n° 7, pp. 819.

DIRSTINE (M.-J.). — Treatment of hand injuries. Gen. Practitioner, août 1951, 4 : 32.

DOUFOURMENTEL (C.). — Arrachement du cuir chevelu. Scalp. Presse Méd., 5 avril 1950, n° 21, p. 384.

DUPERTUIS (J.-M.). — An evolution of skin grafts for hand coverage. J. Bone Joint Surg., 1952, 34 A, 811.

— Skin grafts in reconstructive surgery of the hand. P.R.S., XII, 3, sept. 1953, p. 167.

EVANS (M.). — Treatment of major injuries of the hand. B.J.P.S., t. II, 2, p. 150.

FLYNN (J.-E.). — Compound wounds of the hand. Surgery, 1952, 135, 500.

GARMA. — Les grands scalps des membres, accidents du travail. Chirurg. del apar. locomotor., Madrid, janv. 1946, vol. VI, Fasc. I.

GINESTET, LANDWERLIN. — Scalp avec mise à nu des os du crâne. Soc. de Chirurg. de Paris, 1946, t. 37, p. 63.

GRAHAM (W.). — Greffe du dos de la main avant intervention ultérieure sur éléments profonds. J. Bones and Joint Surg., 1947, 29, 153.

HAVRAHOW (E.-M.). — La greffe cutanée clivée, à la suite de l'ablation d'un ongle. Surg., sept. 1946, 20, 398.

HOWARD, AMSTRONG, SMITH. — Arrachement du cuir chevelu et réparation plastique. Amer. J. of Surg., 15 nov. 1950, 80, 6, pp. 714-717.

ISELIN. — Chirurgie de la main.

KANTHAC. — Skin grafting with the dermatome. Its use in the reconstruction of the hand. S.G.O., vol. 77, n° 6, pp. 610-614.

KAZANDJIAN (V.-R.), WEBSTER (R.-C.). — Traitement des scalps étendus du cuir chevelu. P.R.S., nov. 1946, vol. I, n° 3, p. 360.

KELLY ROSATY, MURRAY. — Traumatic osteomyelitis. The use of skin grafts parts. Ann. of Surg., juillet 1947, n° 1, V, 1922.

- KERWIN. — Scalp defects and their repair. P.R.S., vol. 7, n° 3, 1951.
- KOCH (S.-L.). — Immediate treatment of the hand injuries. Pensylv. M. J., août 1951, 54, 721.
- Greffe du dos de la main avant intervention sur éléments profonds. S.G.O., 1944, 78.
- LAGROT, GRECO, BEN SOUSSAN. — Greffe du cuir chevelu chez un scalpé. Film en couleurs. Société de Chirurgie d'Alger, 24 mai 1952.
- LAGROT (F.). — Un traitement moderne des grands scalpels des membres. Lyon Chirurgical, 1949, t. 44, n° 2, pp. 158-161.
- LUCKEY (C.-A.), McPHERSON (S.-R.). — Greffe dos de main avant intervention sur éléments profonds. J. Bone and Joint surgery, 1947, 29 : 560.
- McDONALD (J.-J.), WEBSTER (J.-P.). — Couverture précoce des lésions traumatiques étendues de la main et du pied. P.R.S., juillet 1946, n° 1, t. 1.
- McCORMACK (R.-M.). — Réparation finale de la main gravement blessée. P.R.S., nov. 1948, vol. 3, n° 6, p. 687.
- MACOMBER (W.-B.). — Relation ship of superficial and deep reconstructive surgery of the hand. P.R.S., 1950, V, 5, p. 139.
- MASON (M.-L.). — Traitement des blessures ouvertes de la main. Am. J. of Surg., 15 nov. 1950, 80 : 6, pp. 767-771.
- MAY (H.). — Fermeture des défauts superficiels de la main. Penna Med. J., nov. 1945.
- MERLE D'AUBIGNÉ. — Traitement opératoire des grosses plaies contuses récentes des membres et des ceintures. P. M., déc. 1951.
- OSBORNE (M.). — Arrachement complet du cuir chevelu. Ann. of Surg. Philadelphia, août 1950, 132, pp. 198-214.
- PIERRE, PAILLAS. — Scalp partiel du cuir chevelu. Plastie par glissement de lambeaux pédiculés. Plaie au bras. Greffe de peau conservée par le froid. Soc. de Chirurg. Marseille, déc. 1949.
- PIERRE. — Indications respectives des greffes pédiculées et des greffes libres dans le traitement des plaies du dos du pied. Presse Méd., 3 juin 1950, p. 622.
- PULVERTAFT (R.-G.). — Lacerations of the hand. Br. Med. J., 1952, 2 : 86.
- PY (N.). — La main des brûlés. Thèse, Alger, 1952-53. Bibliographie.
- ROBINSON (D.-W.). — Coverage problem in fractures of the tibia. Arch. Surg., juillet 1951, 63 : 53.
- RUBIN (L.-R.), SHAPIRO (R.-N.), ROBERTSON (G.-W.). — Trois principes fondamentaux de la chirurgie de la main. Amer. J. of Surg. New-York, juin 1950, 79 : 6, pp. 57-59.
- SCHIEDERUP. — Traitement des scalpels cutanés des membres. Acta Chir. Scandinavia, 96 : 109, 1947.
- SHAW (D.-T.), PAYNE (R.-L.). — Repair of surface defects of the upper extremity. Ann. Surg., 123, 705, mai 1946.
- SIDNEY (K.). — Free patten skin graft in total scalp avulsion. P.R.S., 1951, vol. 7, n° 3, p. 225.

- STEENE BRUGGEN (A.-C.). — Chirurgie plastique en traumatologie. *Revue Médicale de Liège*, sept. 1949, vol. 4, n° 18, pp. 550-553.
- STENBERG (G.). — Greffes dermo-épidermiques des blessures du bout des doigts. *Acta chirurgica Scandinavia*, Stockholm, 21 janv. 1950, 99 : 4, pp. 435-444.
- TUBIANA. — Plaies de la main et des doigts. *Pathologie chirurgicale*, 1952, 6.
- VALLS (J.-E.). — Treatment of injuries of the hand. *Proceedings of the 23 D. Argentine congress of surgery*, 1952, p. 75.

INDICATIONS DERMATOLOGIQUES DES GREFFES

- AUFRICT (G.). — Radiodermite greffée des avant-bras et des mains. *P.R.S.*, nov. 1946, vol. I, n° 3, p. 344.
- BARRET, BROWN. — Réparation chirurgicale des brûlures par rayons X. Prophylaxie des lésions chroniques. *Presse Méd.*, février 1950, p. 163.
- BOLGERT, DUFOURMENTEL, LE SOURD. — Sarcome fibroblastique sur radiodermite, traité par greffe. *Soc. Dermat.*, 30 avril 1953, p. 162.
- BROCQ (P.), RAMADIER (J.). — Chirurgie du cuir chevelu. In Desaux, Masson, 1953. Bibliographie.
- CHARPY, PIERRE. — Lupus tuberculeux greffé après 11 mois de traitement. *Soc. de Dermat. Marseille*, 17 novembre 1951.
- CHARPY, TRAMIER. — Deux cas de lupus érythémateux fixe traités par greffes cutanées. *Soc. Dermatol. Marseille*.
- CONWAY. — Reconstructive surgery following radical operation for malignant tumors of the head and neck. *Ann. of Surg.*, janvier 1950, vol. 131, n° 1, p. 64.
- DARY (J.). — Thérapeutique actuelle des angiomes cutanés, chirurgie plastique, en particulier. Thèse, Toulouse, 1951, n° 72.
- DAUBRESSE (E.). — Au sujet des traitements des nævi pigmentaires. *Arch. belge de Dermat.*, juin 1950, pp. 109-113.
- DEGOS (R.), LORTAT-JACOB, MISSONIER (R.), DARNIS (F.). — Effets remarquables d'une greffe sur une réticulose histomonocytaire maligne cutanée ulcéro-tumorale. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 déc. 1949.
- DERRYCK, DENCER. — Tylosis. *B.J.P.S.*, vol. VI, n° 2, July 1953, p. 123.
- DOUNIER, ISSEL. — Possibilités chirurgicales chez les lépreux. *Maroc Méd.*, août 1953, n° 339, p. 769.
- DUFOURMENTEL (C.). — Greffe cutanée et tumeur maligne de la peau. *Bull. Méd. Paris*, 15 sept. 1952, 66, n° 18, pp. 371-372.
- La décortication cutanée dans les dermatoses de surface. Applications aux nævi pigmentaires. *La Presse Méd.*, 24 juin 1953, 61, n° 44, pp. 917-918.

- FIGI (F.-A.). — Traitement des hémangiomes de la face et du cou. P.R.S., janv. 1948, vol. III, n° 1.
- FIGI (A.), NEW (B.), DIX (R.). — Radiodermatitis of the head and neck with a discussion of its surgical treatment. S.G.O., 1943, vol. 77, pp. 284-294.
- GREELEY (P.-W.). — The plastic correction of superficial vascular and pigmented nævi. Surg., avril 1946, pp. 467-481.
- GOLDMAN (B.). — Excision totale du cuir chevelu et des segments de la face. Guérison par greffes cutanées. Ann. of Surg. Philadelphie, 4 avril 1951, 133, 4.
- KAZANJIAN (V.-H.). — Traitement chirurgical de l'ichtiose. P.R.S., juillet 1946, vol. II, n° 6, pp. 91-97.
- LAGROT (F.). — Greffes cutanées pour radiodermite des doigts. Film. Séance Société de Chirurgie de Lyon, 21 décembre 1950.
- Chirurgie des cancers cutanés et G.D.E. Soc. Alger, 9 juin 1949.
- Nævus pileux de la nuque. Excision et greffe. Alger.
- LAGROT (F.), GRECO, CORIAT. — Vaste épithélioma baso-cellulaire de la face traité par exérèse. Plastie et greffe cutanée. Soc. Chirurg. Alger.
- LAGROT (F.). — Traitement d'un anthrax volumineux par excision et greffe cutanée en vastes lambeaux. Film. Alger.
- Greffes cutanées des ulcères de jambe. Communication à la XXVI^e Réunion Soc. Franç. d'Orthopédie et de Traumatologie, Paris, 28-29 septembre 1951.
- MARINO (H.). — Greffes cutanées dans le traitement des angiomes plans du visage. La Prensa Medica Argentina, 20 juin 1952, vol. 39, n° 25.
- MARION (J.), GATÉ (A.). — Considérations sur le recouvrement chirurgical des ulcères de jambe. Le Journ. de Méde. de Lyon, 20 juillet 1952.
- MORTON, BERSON. — Film sur les greffes libres pour les nævi de la face. Soc. de Chirug. de Paris, 18 mai 1951.
- PICKERILL (H.-P.). — Chirurgie plastique dans le traitement des tumeurs malignes. B.J.P.S., octobre 1948, VI, n° 3.
- PIERRE, ARNAUD. — Traitement chirurgical des ulcères de jambe. Soc. de Chirug. Marseille.
- PIERRE, MARTIN, LACHARD. — Deux observations d'épithélioma cutanés traités par excision et greffes. Marseille Médical, nov.-déc. 1951, 3, n° 5, pp. 644-645.
- PIERRE, MIGOZZI. — Radiodermite du cuir chevelu. Excision et greffe. Soc. de Dermat. Marseille, 16 juin 1951.
- PIERRE. — Vaste épithélioma du front. Résection et greffe. Soc. de Dermat. Marseille, 16 juin 1951.
- PIERRE, CHARPY, CALLAS. — Nævus pileux de la face. Excision et greffe. Soc. Dermat. Marseille, 21 avril 1951.
- PIERRE, SALMON. — Traitement chirurgical des cicatrices rétractiles. Soc. de Chir., Marseille, mars 1950.

- PIERRE, CHARPY. — Nævus télangiectasique du bras. Résection et greffe. Soc. de Dermat. Marseille, 16 juin 1951.
- PIERRE. — Les greffes cutanées en dermatologie. Inauguration de la filiale marseillaise de dermatologie, 1951.
- PIRKANEN. — Erythema induratum treated with skin graft. Ann. Chirurg. and Gynecologiae. Helsinki, 1953, vol. 42, n° 4, pp. 242-249.
- POLUS (J.). — Greffe libre immédiate après exérèse d'épithélioma de la face. Arch. belge de Dermat., janv. 1952, t. 7.
- ROBINSON, TASKER (S.). — Rechute locale après excision chirurgicale du lupus vulgaire et greffe cutanée. Arch. of Dermat., mars 1948, t. 1, n° 3, pp. 293-299.
- SIDI (E.), ARON BRUNETIÈRE. — Précis de Dermatologie corrective. Masson, édit., 1952, 578 pages.
- SPAETH (E.-B.). — Replacement of skin graft by nasal carcinoma. Maine. M.A.J., 42 : 1, janv. 1951.
- TEPLITSKY (D.), SHAPIRO (R.-N.), ROBERTSON. — Excision radicale et greffe des ulcères de jambe. P.R.S., mars 1948, vol. 3, n° 2, pp. 189-196.
- TUBIANA (R.). — Le traitement chirurgical des ulcères variqueux. Sem. Hôp. Paris, n° 27, 10 avril 1949, pp. 1170-1172.
- STRITH (L.). — Chirurgie plastique dans le cancer de la face. P.R.S., vol. 3, n° 3, mai 1948, pp. 262-268.
- TIBOR de CHOLNOKY. — Chirurgie des épithéliomas de la face. J. Chir., t. 66, n° 67, juillet 1950, pp. 449-457.
- WYNN (W.). — Plantar keratoderma treated by split skin grafts. B.J.P.S., juillet 1953, vol. VI, n° 2, p. 123.
- ZAKON (S.-J.), GAULT (J.-T.). — Nævus géant et verruqueux de la cuisse traité par excision complète et greffe immédiate. Arch. Dermat., 1946, 54, 230.

INDICATIONS DIVERSES DES G.D.E.

- BEAN (L.-L.). — Skin graft of the penis. U.S. Naval Med. Bull., July 1947, vol. 47.
- BLOCKER (T.-G.). — Surgical treatment of elephantiasis of the lower extremities. P.R.S., sept. 1949, vol. 4, n° 5, pp. 407-414.
- CAMBELL (D.-A.). — Méthode de reconstitution de la paroi antérieure du thorax. The J. of Thoracic Surg., 3 mars 1950, vol. 19, n° 3, pp. 456-461.
- CAMPBELL (D.-A.). — Surgical treatment of massive lymphoedema of the lower extremities. Surgery, 1951, 30, 763.
- CARBOULEC (G. LE). — La spléectomie. G. Doin, édit., 186 pages, 41 fig.
- CLERC. — Quarante-trois fenestrations pour oto-spongiose. Procédé du greffon dermo-épidermique. Ann. O. L., t. 70, 1953, n° 5-6, pp. 299-319.
- CORDIER (M.). — Douze cas d'absence congénitale du vagin. Acad. Chir., 31 janv. 1951.

- CRIL (G.), THOMAS (C.-Y.). — Skin graft for prolapse of ileostomy. Surg., 1951, 29, 273.
- DAVIS (E.-D.), BERNER (R.-E.). — Réparation primaire de scalp du pénis et du scrotum. P.R.S., juillet 1948, vol. 3, n° 4, pp. 417-423.
- DOUGLAS (B.). — Réparation en un temps d'un scalp des organes génitaux externes mâles. Ann. of Surg. Philadelphie, juin 1951, 133, 6, pp. 889-897.
- FERRIS. — Traumatic avulsion of skin of penis and scrotum. J. Urol., octobre 1949, 62, pp. 523-527.
- FIGI (F.-A.). — Sténose cicatricielle du naso-pharynx. Correction au moyen des greffes cutanées. P.R.S., mars 1947, vol. 2, n° 2, pp. 97-104.
- Free skin grafting within the mouth. P.R.S., XII, 3, septembre 1953, p. 176.
- GEBAUER (P.-W.). — Chirurgie reconstructive de la trachée. Résultats éloignés des greffes de peau. XXXI^e Congrès de Chirurg. thoracique. Association américaine.
- GEEVER (E.-D.), ALVIN MERENDINO (K.). — La répartition des brèches diaphragmatiques avec des greffes cutanées. Surg. Gyn. and Obst., sept. 1952, vol. 95, n° 3, pp. 308-316.
- GOODWIN, WILLARD (E.). — Plastic reconstructive of penil skin. J.A.M.A., sept. 1950, 144, 384.
- LAGROT (F.), GRECO (J.), BENSOUSSAN (H.). — Eléphantiasis génital. Traitement par excision cutanée et greffe.
- LAGROT (F.), GRECO, PY, BEN SOUSSAN. — Traitement des éléphantiasis des membres inférieurs par excision et greffe. Communication Société de Chirurgie Alger, 3 mai 1952.
- LAGROT (F.), PY (N.). — Chirurgie plastique reconstructive des paupières et des cavités orbitaires. Rapport présenté à la IV^e Réunion des Soc. d'Ophtalmologie de France, 17 mars 1951, Marseille. Bibliographie complète.
- LOMBARD. — Résultats éloignés du traitement des éléphantiasis par greffe. Société de Chirurgie Alger, 29 décembre 1952.
- LUCCIONI, PIERRE. — Création d'un néo-vagin par greffes cutanées libres sur moule. Soc. de Chirurgie de Marseille, 18 juin 1951.
- MALINAS (Y.). — L'absence congénitale de vagin. Indications thérapeutiques. Thèse, Paris, 1951.
- MCCORMAC. — Simultaneous chordee repair and urethral reconstruction for hypospadias. P.R.S., avril 1954, XIII, p. 257. Bibliographie.
- MACEY. — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis. J. of Bone and Joint, 1948.
- MCCUNE (W.), BRACHER (A.). — Iléostomie avec greffe cutanée. The military surgeon (Wasch), juin 1949, vol. 104, n° 6.
- MCINDOE. — The treatment of congenital absence and obliterative conditions of the vagina. B.J.P.S., II, n° 4, p. 254.
- Deformities of the male urethra. B.J.P.S., I, 1, p. 29.

- McINDOE, BOYD, AIRD, GILLIES, WALKER. — Discussion sur le traitement des œdèmes chroniques de la jambe. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Londres, décembre 1950, 43 : 12, pp. 1043-1059.
- MOWLEM (R.). — Traitement des lymphœdèmes. *B.J.P.S.*, avril 1948, vol. I, n° 1.
- OWENS (N.). — Un moule de pyrex pour supporter les greffons cutanés dans la construction d'un vagin artificiel. *P.R.S.*, nov. 1946, vol. I, n° 3, pp. 350-359.
- PANTANIA (A.). — Plastic surgery in loss cutaneous covering of penis and scrotum case. *Minerva chirurgica*, 15 juillet 1949, 4, pp. 391-394.
- PIERRE. — Rhinophyma. Traitement chirurgical. Greffe. *Soc. Dermat.* Marseille, 21 avril 1951.
- PRATT (G.-H.). — Traitement chirurgical de l'œdème et éléphantiasis. *J.A.M.A.*, Chicago, 17 nov. 1951, 147 : 12, pp. 1121-1126.
- Traitement chirurgical de l'éléphantiasis. *J.A.M.A.*, 14 mars 1953.
- RANK (B.-K.). — Correction of the posterior urethral occlusion, by epithelial inlay graft. *Case reports. B.J.P.S.*, juillet 1950, 3 : 108.
- ROBINSON (D.-W.), STEPHENSON (K.-L.), PADGETT. — Perte de substance cutanée du pénis, du scrotum et de l'urèthre. *P.R.S.*, vol. I, n° 1, juillet 1946, pp. 58-61.
- ROTH (R.-B.), WARREN (K.-W.). — Traumatic avulsion of the skin of penis and scrotum. *J. of Urology*, 1944, 52, pp. 162-168.
- SAWYER (K.-C.). — Surgical treatment of elephantiasis of the lower extremity. *Am. J. Surg.*, avril 1951, 81 : 5, pp. 460-463.
- THORECK (P.), EGEL (P.). — Reconstruction of the penis with split thickness skin graft. *P.R.S.*, sept. 1949, vol. 4, n° 5.
- VAUGHAN (H.-S.). — Atrésie naso-pharyngée, avec la description d'un nouveau procédé par greffe cutanée de la paroi latérale du pharynx. *P.R.S.*, vol. I, n° 3, nov. 1946, pp. 309-316.
- WELCH (K.-J.). — The use of a homograft in the surgical treatment of large omphaloceles. *Surgery*, janvier 1951, vol. 29, n° 1, p. 100.
- WHELAN (E.-P.). — Repair of an avulsed scrotum. *S.G.O.*, 1944, 78, pp. 649-652.
- WILLIAMS, WALKER, CHAMBERS. — Case report of avulsion of the male external genitalia. *The J. of Urology*, 1947, vol. 58, pp. 140-142.
- YOUNG (F.), BENJAMIN (A.). — La réparation des hypospades avec greffe libre de peau. *Surgery*, sept. 1949, vol. 26, n° 3, pp. 384-403.
- ZWERLING. — Primary skin grafting of radical mastoidectomy cavities with the Brown electrodermatome. *Arch. Oto-Laryng.*, août 1952, 56, pp. 161-171.
-

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Généralités - Histo-physiologie de la greffe	15
INTRODUCTION	17
DÉFINITIONS - RAPPEL HISTORIQUE	19
CLASSIFICATION DES GREFFES CUTANÉES	21
HISTO-PHYSIOLOGIE DES GREFFES CUTANÉES	23
Histologie	23
Conservation et vitalité des greffons	25
Le problème des homogreffes	26

DEUXIÈME PARTIE

Technique	29
TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT	31
POSE ET FIXATION DES GREFFONS	33
MODALITÉS PARTICULIÈRES DES GREFFES	37

TROISIÈME PARTIE

Indications suivant les lésions	43
GÉNÉRALITÉS	45
PERTES DE SUBSTANCE PAR BRULURE	47
PERTES DE SUBSTANCE TRAUMATIQUES	55
PERTES DE SUBSTANCE APRÈS EXCISION	57
Processus infectieux	57
Ulcérations chroniques	60
Les cicatrices	67
Malformations congénitales	71

Malformations acquises	73
Tumeurs	75
Radiodermites	76
Dermatoses diverses	78
Tatouages	78

QUATRIÈME PARTIE

Indications particulières	79
INDICATIONS SUIVANT LE SIÈGE	81
INDICATIONS DE COMPLÉMENT D'UNE PLASTIE	89
INDICATIONS SPÉCIALES	95
Greffes d'assèchement	95
Greffes de soutien	96
Greffes de conduit, orifice ou cavité	98
Greffes de complément	102
Greffes dans la chirurgie de la surdité	103
Greffes à visée orthopédique	103

CINQUIÈME PARTIE

Les observations - Les résultats	105
LES OBSERVATIONS	107
Brûlures	107
Plaies traumatiques	110
Plaies après excision	116
Indications particulières	127
LES RÉSULTATS	135
CONCLUSIONS	141
BIBLIOGRAPHIE	143
